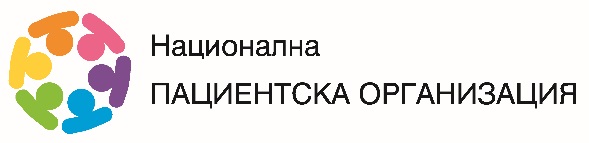


****

|  |
| --- |
| **Заявление за кандидатстване за пациентски организации от България** |

**I – ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Наименование на организацията** |  | | | |
|  |  | | | |
| **2. Линк към Вашия уебсайт (ако имате такъв)** |  | | | |
|  |  | | | |
| **3. Географски обхват** | Национален | Регионален | | Местен |
|  |  |  | |  |
| **4. От колко време Вашата организация е официално регистрирана в България?** |  | | | |
|  |  | | | |
| **5. Вашата организация асоциирана ли е с НПО?** | ДА | | НЕ | |
|  |  | | | |
| **6. Кое хронично състояние (или състояния) представлява Вашата организация?** |  | | | |
|  |  | | | |
| **7. Моля, посочете броя на хората с това състояние във Вашата страна (приблизително)** |  | | | |
|  |  | | | |
| **8. Колко членове имате?** | **Физически лица:** | | **Организации:** | |
|  |  | | | |
| **9. Досега организацията Ви участвала ли е в Програмата на ЕПФ за изграждане на капацитет?** | ДА | НЕ | | ДРУГО |

**II – ДАННИ ЗА ВАШАТА ОРГАНИЗАЦИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10. От колко души се състои управителният съвет на Вашата организация? Моля, посочете техните имена и длъжности** | **ИМЕ** | **ДЛЪЖНОСТ** | **Моля, посочете дали лицето е представител на пациентите или здравен специалист** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | | |
| **11. Колко платени служители имате? Моля, посочете техните имена и длъжности** | **ИМЕ** | **ДЛЪЖНОСТ** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  |  | |
| **12. Колко доброволци (освен членовете на управителния съвет) понастоящем работят активно за Вашата организация?** | **ИМЕ** | **ДЛЪЖНОСТ** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  |  | |
| **13. Какъв е годишният бюджет на организацията Ви за 2016 г.?** |  | | |
|  |  | | |
| **14. Какви основни дейности извършва Вашата организация?** |  | | |
|  |  | | |
| **III – ЗАЯВЛЕНИЕ** |  | | |
|  |  | | |
| **15. Име на първия представител, който ще участва в частта, включваща обучение и подготовка по фондонабиране** |  | | |
| **16. Име на втория представител, който ще участва в частта, включваща обучение и подготовка по фондонабиране** |  | | |
|  |  | | |
| **17.Моля, посочете защо Вашата организация желае да участва в Програмата на ЕПФ за изграждане на капацитет. (200 думи)**  **18. Моля, обяснете какво разбирате под „фондонабиране“ и какви са Вашите организационни потребности в тази област. (200 думи)**  **19. Бихте ли обяснили как Вие или избраният представител предвиждате да приложите придобитите знания по набиране на средства във Вашата организация? (200 думи)** | | | |

Моля да имате предвид, че отговорите на тези въпроси ще се използват като критерии за подбор, в случай че кандидатите, които отговарят на изискванията, са повече от наличните места.

**Моля, потвърдете следното:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Моята организация се задължава да спазва принципите на етичност, прозрачност и отчетност, които са неразделна част от настоящата програма** | ДА | НЕ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Моята организация се задължава да завърши докрай програмата за изграждане на капацитет, включително да разработи и изпълни, с помощта на експертите, избран от нас проект за фондонабиране като част от изграждането на капацитета на организацията** | ДА | НЕ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Моята организация е наясно, че неспазването на горепосочените задължения може да доведе до прекратяване на нашето участие в настоящата програма** | ДА | НЕ |

**Попълнено от:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**