 

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE APOIO A PROJETOS**

## PARTE 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: CIDADE/MUNICÍPIO: UF.: CEP:** |

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

|  |
| --- |
| **E-MAIL:** **SITE:** **FACEBOOK:****SKYPE:**  |

|  |
| --- |
| **NOME DA RESPONSÁVEL/COORDENADORA DO PROJETO:** |

|  |
| --- |
| **CARGO/ PAPEL/FUNÇÃO DA COORDENADORA DO PROJETO NA ORGANIZAÇÃO/GRUPO:**  |

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

**( ) SIM, ESTOU CIENTE QUE ESTA PROPOSTA DE PROJETO ESTÁ CONCORRRENDO NO EDITAL ELA DECIDE.**

**( ) SIM, ESTOU CIENTE QUE, CASO SELECIONADO, MEU PROJETO DEVERÁ SER IMPLEMENTADO NO ESTADO DA BAHIA.**

**( ) SIM, ESTOU CIENTE DE QUE ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER POSTADO POR CORREIO ATÉ O DIA 24 DE JUNHO DE 2019.**

**PARTE II - DADOS DA ORGANIZAÇÃO OU DO GRUPO (1 cópia)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ano em que o Grupo começou a atuar ou a Organização foi criada:** |  |
| **Com quantas mulheres começou?** |  |
| **Quantas mulheres participam atualmente?** |  |
| **No. do CNPJ (se for o caso):** |  |

|  |
| --- |
| **Caracterização da Organização:****( )** Rede**( )** Cooperativa **( )** Associação**( )** ONG**( )** Grupo Informal (sem CNPJ)**( )** Outro (qual?) |

|  |
| --- |
| **A sua associação/organização ou seu grupo já desenvolveu ação/projeto de formação e/ou informação sobre saúde sexual e reprodutiva? Descreva brevemente.** |

|  |
| --- |
| **Realiza um serviço ou confecciona algum produto para a comunidade (ou para fora dela):** |

|  |
| --- |
| **Sua organização/grupo se considera feminista?****( )** Sim, somos uma organização/grupo feminista **( )** Não somos uma organização/grupo feminista |

|  |
| --- |
| **Estrutura do Grupo ou Organização:****( )** Coordenador(a)/Diretor(a)/Secretária Executiva**( )** Assembleia **( )** Associadas (os)**( )** Conselho  |

|  |
| --- |
| **Funciona em Espaço:**  **( )** Próprio **( )** Alugado **( )** Emprestado ( ) Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **COM QUAL OBJETIVO A ORGANIZAÇÃO OU O GRUPO FOI CRIADO?** **CONTE UM POUCO DA HISTÓRIA DO SEU GRUPO.** (Se precisar aumente o espaço) |

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

**Enumere no quadro abaixo as atividades ou projetos que considerar mais importantes que o Grupo ou a Organização realizou nos últimos 2 anos, começando pelas mais recentes.** (Coloque quantas forem necessárias)

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **ATIVIDADES MAIS IMPORTANTES NOS ÚLTIMOS 2 ANOS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PARTICIPAM DE ALGUMA REDE** (FORMAL OU INFORMAL**) DE ORGANIZAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, DOS DIREITOS DAS MULHERES, OU COM OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS?** **SE SIM, QUAL?**  |

|  |
| --- |
| **DÊ A REFERÊNCIA DE PELO MENOS DUAS ORGANIZAÇÕES QUE CONHEÇAM O TRABALHO DO GRUPO OU DA ORGANIZAÇÃO** (NOME, TELEFONES, E-MAIL). |

SITUAÇÃO FINANCEIRA DO GRUPO OU ORGANIZAÇÃO: O Fundo ELAS precisa conhecer melhor as necessidades de recursos econômicos dos grupos de mulheres e como esses recursos são aplicados.

**Quais têm sido seus principais financiadores nos últimos dois anos? (assinale as opções)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS:** | **( )** Fundos de Direitos Humanos**( )** Órgãos Multilaterais (ex: ONU Mulheres e UNICEF) **( )** Fundos de Mulheres **( )** Fundações Privadas **( )** Empresas**( )** ONG’s  |
| **ORGANIZAÇÕES NACIONAIS:**  | **( )** ONG’s**( )** Fundações (Institutos) Privadas **( )** Empresas**( )** Fundos independentes (de mulheres, de direitos humanos, etc)Governos: **( )** Municipal **( )** Estadual  **( )** Federal |
| **OUTROS:** | **( )** Venda de serviços ou produtos **( )** Doadores Individuais (pessoas físicas) **( )** Eventos ou campanhas de arrecadações de recursos ( crowdfunding, festas, rifas, sorteios)**( )** Voluntariado |

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

|  |
| --- |
| **QUANTO EM TOTAL A ORGANIZAÇÃO/ GRUPO GASTOU PARA SUAS ATIVIDADES NO ANO ANTERIOR (EM MÉDIA)?**  |

**PARTE III - DADOS DO PROJETO (3 cópias)**

Para garantir a imparcialidade do processo de seleção, de agora em diante o **nome do grupo/organização** não deverá ser citado, se precisar use pseudônimo (nome fantasia).

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

|  |
| --- |
| **2. DURAÇÃO DO PROJETO EM MESES:** (até 8 meses) |

|  |
| --- |
| 3**. BREVE DESCRIÇÃO DO PROJETO****a) Qual o OBJETIVO do projeto? (Como vai contribuir para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres?)** **b) Sobre a METODOLOGIA? (Descreva como planejam desenvolver o projeto)****c) Qual será a estratégia para acessar o público do projeto?****d) O projeto visa produzir materiais ou gerar dados e informações? Descreva eventuais produtos****c) Como seu grupo/organização se fortalece com este projeto?** |

|  |
| --- |
| **4. Em qual/quais linha/s de apoio seu projeto se encaixa:**( ) Realizar atividades de formação (seminários, rodas de conversas, debates, cursos e oficinas) lideradas por mulheres, preferencialmente para mulheres jovens e adultas;( ) Ampliar a informação por meio de iniciativas que estimulem o diálogo e aumentem o entendimento sobre o tema qualificando a demanda da população por serviços de saúde;( ) Elaboração de campanhas educativas ou informativas;( ) Produção e difusão de pesquisas e dados sobre o tema;( ) Atividades de comunicação e divulgação sobre o tema usando estratégias inovadoras que incentivem a criação de uma nova consciência e quebra de paradigmas que oprimam ou limitem o acesso das mulheres à saúde sexual e reprodutiva; ( ) Produção e elaboração de materiais audiovisuais, inovadores e criativos para difusão nas redes sociais, rádio, vídeo, cinema, que convidem as mulheres a conhecerem mais sobre o tema e serviços; ( ) Uso de artes ou esportes. |

|  |
| --- |
| 5**. DESCREVA AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PROJETO.** (Coloque quantas forem necessárias)1.2.3.4. |

|  |
| --- |
| 6**. MENCIONE RESULTADOS concretos que pensam conseguir com o projeto.** (Coloque quantos forem necessários) |
| Situação atual | Resultados que pretendem alcançar |
| **Exemplos:***- Mulheres da comunidade x não tem informações sobre o serviço público de saúde e o acesso é muito restrito.* | *- 30 mulheres passaram a conhecer os serviços disponíveis no seu município/bairro e 10 relataram ter acessado os serviços após receber as informações do projeto.*  |
| *- Muitos casos de gravidez não planejada e DST entre adolescentes da comunidade por falta de informação*  | *- 60 jovens com acesso a informações sobre direitos sexuais e reprodutivos.*  |
| 1- |  |
| 2- |  |
| 3- |  |
| 4- |  |
| 5- |  |

|  |
| --- |
| **7. PÚBLICO-ALVO** **a. Seu projeto é voltado a públicos específicos?** (Caso tenha público específico, marque, no máximo, quatro opções)( ) Não é direcionado a nenhum desses públicos específicos( ) Mulheres negras( ) Mulheres indígenas( ) Moradores/as da comunidade( ) Donas de casa( ) Estudantes Ensino Médio( ) Mulheres em situação de violência doméstica( ) Mulheres em situação de violência sexual( ) Pessoas com deficiência( ) Pessoas beneficiárias de programas sociais de distribuição de renda( ) Trans( ) Travestis( ) Intersexual( ) Lésbicas( ) Bissexuais( ) Crianças/adolescentes( ) Jovens( ) Outros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**b. Preencha com o número estimado de Público Direto:** O público direto é aquele que participa das atividades dos projetos apoiados e/ou acessa os serviços vinculados ao projeto.**TOTAL DE MULHERES :** ( ) **TOTAL DE HOMENS:** ( )**c. Preencha com o número estimado de Público Indireto:**Público indireto são as pessoas impactadas pelas ações de comunicação do projeto (ex: público que acessa as informações do projeto por meio de redes sociais, entrevistas, materiais distribuídos, entre outros). **TOTAL:** ( )  |

|  |
| --- |
| **8. LOCAL ONDE AS ATIVIDADES DO PROJETO SERÃO DESENVOLVIDAS. DESCREVA ABAIXO:** |
| Município/Estado:Bairro/Comunidade: |
| Município/Estado:Bairro/Comunidade: |
| Município/Estado:Bairro/Comunidade: |
| Município/Estado:Bairro/Comunidade: |

**(Acrescente quantas linhas forem necessárias)**

|  |
| --- |
| **9. SEU PROJETO VISA O DIÁLOGO OU AÇAO CONJUNTA COM OUTROS SEGMENTOS DOS MOVIMENTOS DE MULHERES OU OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS? Identifique no quadro.** (Coloque quantas linhas forem necessárias)( ) Não( ) SimSe sim, quais: ( ) Associações de bairro( ) Mulheres indígenas( ) Trabalhadoras Domésticas ( ) Mulheres negras( ) Estudantes ( ) Jovens( ) LGBT’s( ) Sindicalistas( ) Pessoas com deficiência( ) Comunidades de Terreiro( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **10. IDENTIFIQUE AS PARCERIAS DO PROJETO:**Redes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ONG’s:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Outras entidades:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Governos:**  |
| Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Federal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Estadual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**11. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATIVIDADES** | **2019** | **2020** |
| **Ago** | **Set** | **Out** | **Nov** | **Dez** | **Jan** | **Fev** | **Mar** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(Acrescente quantas linhas forem necessárias)**

**12. ORÇAMENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADE A QUE SE REFERE O GASTO** | **ITEM** | **RECURSO****SOLICITADO AO****FUNDO ELAS (R$)** | **RECURSO PRÓPRIO OU DE OUTROS (R$)** | **TOTAL****(R$)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL (R$)** |  |  |  |

**(Acrescente quantas linhas forem necessárias)**