

Pozytywnie Otwarcia 2022
FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Tytuł zgłaszanego Projektu – <u>proszę wpisać</u>	
Nazwa obszaru – <u>proszę zaznaczyć 1 z poniższych obszarów</u>	
1. Profilaktyka zakażeń HIV i/lub HCV prowadzona w przestrzeni miejskiej oraz podczas imprez masowych, wspierana komunikacją w Internecie ze szczególnym uwzględnieniem mediów społecznościowych.	<input type="checkbox"/>
2. Działania na rzecz promocji testowania w kierunku zakażenia HIV i/lub HCV skierowane w szczególności do osób mieszkających poza dużymi aglomeracjami miejskimi oraz cudzoziemców, z uwzględnieniem takich możliwości, jak testy do samodzielnego wykonania czy korzystanie z PKD.	<input type="checkbox"/>
3. Kierowane do osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV działania edukacyjne zachęcające do szybkiego kontaktu z lekarzem chorób zakaźnych i niezwłocznego rozpoczęcia terapii ARV jako sposób na opanowanie rozwijającego się zakażenia oraz skuteczna forma profilaktyki.	<input type="checkbox"/>
4. Edukacja osób seropozytywnych w zakresie korzystania z telemedycyny, zarówno w kontekście kontaktów z lekarzami chorób zakaźnych oraz lekarzami innych specjalności, jak i uzyskania wsparcia psychologicznego, prawnego itp.	<input type="checkbox"/>
5. Wsparcie dla przebywających w Polsce cudzoziemców żyjących z HIV/AIDS i/lub HCV, a także poszukujących informacji na ten temat dostępnych w ich języku ojczystym.	<input type="checkbox"/>
Uwaga! Projekty powinny zakładać opcję i możliwość przeprowadzenia wszystkich aktywności w formie wirtualnej za pośrednictwem np. Internetu w razie wprowadzenia przez władze publiczne ograniczeń ze względów pandemicznych lub pozostałych przyczyn, które by uniemożliwiały lub znacząco utrudniały realizację działań w formie tradycyjnej.	
Czas realizacji Projektu (<u>data lub okres w przedziale 01.01.2023-31.12.2023</u>)	
Skrócony opis Projektu (<u>proszę wpisać maksymalnie 1000 znaków ze spacjami</u>)	
Imię i nazwisko oraz afiliacja specjalisty ds. HIV/AIDS, np. lekarza chorób zakaźnych, pracownika Krajowego Centrum ds. AIDS lub certyfikowanego doradcy ds. HIV/AIDS współpracującego przy przygotowaniu/realizacji projektu lub konsultującego przygotowywane przez realizatorów treści.	
Dane instytucji/organizacji zgłaszającej Projekt (Uczestnik konkursu)	
Nazwa	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Osoba upoważniona do reprezentacji instytucji/organizacji uczestniczącej w konkursie zgłaszająca projekt i sygnująca wniosek	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Autor lub autorzy Projektu	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Osoba upoważniona do odebrania Nagrody	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Finansowanie Projektu	
Wysokość nakładów potrzebnych na realizację projektu (do 30.000,00 PLN)	
Projekt będzie współfinansowany z innych źródeł finansowania niż grant	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
W przypadku współfinansowania prosimy podać nazwę współfinansującego podmiotu (lub podmiotów) kwotę (kwoty) finansowania oraz sposób finansowania pozostałej części Projektu	
Kosztorys z podziałem na poszczególne elementy projektu	
Rozszerzony opis projektu (max 5400 znaków ze spacjami, pytania pomocnicze patrz Regulamin art. III p. 3)	
Sprawozdanie z realizacji projektu, na który w poprzednich latach został przyznany danej instytucji grant w Konkursie Pozytywnie Otwarcie (max 1800 znaków ze spacjami; dotyczy wyłącznie laureatów poprzednich edycji Konkursu Pozytywnie Otwarcie)	
Oświadczenie	
Nadesłanie formularza zgłoszeniowego oznacza automatycznie wolę wzięcia udziału w Konkursie na zasadach opisanych w Regulaminie Konkursu. Osoba lub instytucja, która nadsyła formularz zgłoszeniowy na adres Organizatora deklaruje jednocześnie, że zapoznała się z Regulaminem Konkursu i że go akceptuje.	
..... Data zgłoszenia Podpis i pieczęć osoby upoważnionej reprezentującej Instytucję w imieniu której zgłaszany jest projekt wraz ze wskazaniem podstawy upoważnienia