**استمارة تقديم طلب للجمعيّات**

**"المشروع المجتمعي لتعزيز النّظافة الصحيّة “ III -**

 **يرجى الإجابة عن الأسئلة أدناه بالمعلومات اللازمة، والرجوع إلى الإرشادات الخاصة بكل قسم من الطلب، من أجل الإطّلاع على المعايير والمتطلبات .**

|  |  |
| --- | --- |
| **تاريخ تقديم الطلب:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **منطقة تنفيذ المشروع:** |  | مخيم عين الحلوة– صيدا |  | مخيم برج البراجنة– جبل لبنان |  | مخيم مار الياس – بيروت |
|  | مخيم البداوي – طرابلس |  | مخيم نهر البارد – عكار |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **أ. اسم الجمعية (باللّغتين الإنجليزية والعربية):** |
|  | **ب. رقم تسجيل المنظمة:** |
|  | **ج. مُصطلح تعريف الجمعيّة المُختصر: Acronym** |
|
|  | **د. عنوان المركز الرئيسي للجمعيّة:** |
|
|  **ه. مُمثّل الجمعيّة/ المسؤول** |
|  | المركز الوظيفي: |  | الإسم: |
|  | البريد الإلكتروني: |  | رقم الهاتف: |
| **و. نقطة الاتصال المحورية في الجمعيّة للمُراجعة** |
|  | المركز الوظيفي: |  | الإسم: |
|  | البريد الإلكتروني: |  | رقم الهاتف: |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

 | **ز. هل سبق لكم أن عملتم مع مشاريع أنيرا\*؟** |
|
|  | ح. إذا كانت إجابتك على البند السّابق رقم (ز) هي"نعم"، حدّد البرنامج (البرامج) التي عملت فيها ، بالإضافة إلى سنة (سنوات) العمل و التعاون مع أنيرا |

# **\* إذا كنت شريكًا جديدًا ، فيرجى إكمال نموذج تقييم الشريك**

**القسم الثّاني : القدرة التقنيّة للمُنظّمة/ الجمعيّة**

1. حدّد سنوات الخبرة التي تمتلكها جمعيّتك في تنفيذ حملات التوعية وتحريك المُجتمع من حيث تعزيز الصحّة العامّة و المُجتمعيّة.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | سنتين أو أكثر  |  | أقل من سنتين  |  | لا يوجد خبرة في النّطاق المطلوب |

1. إذا كانت لدى مُنظمتك/جمعيّتك الخبرة اللاّزمة في مجال التوعية و تحريك المُجتمع ، فيرجى وصف نوع الحملات التي شاركت فيها. أيّ: 1-المواضيع الصحيّة التي طالتها الحملة؟ 2-مدّة تنفيذ الحملة ؟ 3-المُستفيدون المستهدفون ؟4-كيف تمّ إستقطاب المُستفيدين؟ 5- ما نوع الأنشطة التي تم تنفيذها ؟ ما هي آليّة إشراك أفراد المجتمع في مُختلف مراحل الحملة؟

|  |
| --- |
|  |

1. هل شاركت المُنظمة في أيّ من حملات التوعية حول كوفيد -19؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

3.1) إذا كانت إجابتك بنعم على السؤال أعلاه ، فيرجى وصف مبادرات التوعية حول فيروس كوفيد -19 التي نفذتها مؤسستك.

|  |
| --- |
|  |

 هل لدى المُنظمة خبرة جيّدة و تجربة ناجحة في استخدام المنصّات الإلكترونيّة لتعزيز التوعية المجتمعيّة؟ (4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

4.1) إذا كانت إجابتك على السّؤال السّابق نعم ، يُرجى وصف عمليّة إستخدام هذه المنّصات، و تفعيلها، بما في ذلك أيّ تحديّات تمّت مُواجهتها، و كيفيّة مُعالجتها.

|  |
| --- |
|  |

5) حدّدعدد سنوات الخبرة التي تمتلكها مؤسستك في العمل مع المتطوعين الشباب.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | سنتين أو أكثر  |  | أقل من سنتين  |  | لا يوجد خبرة في النّطاق المطلوب |

يُرجى أيضًا تقديم وصف موجز عن نوع الخبرة التي تمتلكها مؤسّستك في إدارة المُتطوّعين، بما في ذلك تحديد عدد المُتطوّعين و نوع الأنشطة التي شاركوا فيها.

|  |
| --- |
|  |

6) حدّد عدد سنوات الخبرة التي تمتلكها مُنظمتك في تنفيذ الأنشطة التوعويّة في مدارس الأونروا؟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | سنتين أو أكثر  |  | أقل من سنتين  |  | لا يوجد خبرة في النّطاق المطلوب |

يُرجى وصف نوع الأنشطة التي تمّ تنفيذها.

|  |
| --- |
|  |

7) هل لدى المنظمة خبرة في العمل مع الأشخاص من ذوي الإعاقة؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

إذا كانت إجابتك على السّؤال السّابق نعم، يُرجى وصف نوع الأنشطة التي تمّ تنفيذها.

|  |
| --- |
|  |

**القسم الثالث: القدرة الإداريّة**

**يتطلّب المشروع تعيين مُنسق مشروع واحد، بدوام كامل للعمل على إدارة المتطوعين والإشراف على أنشطة المشروع الإجمالية. في الفراغ أدناه ، يرجى ملء جميع المعلومات ذات الصلة بمنسقي المشروع المقترحين. لكلّ مُنسق مقترح ، يُرجى إرفاق نسخة عن سيرته/ها الذاتية بالطلب.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **هل لديه / لديها خبرة سابقة في إدارة المتطوعين الشباب؟ (نعم/كلا)** |  **هل لديه/لديها خبرة سابقة في مشاريع تعزيز التوعية الصحية؟****(نعم/كلا)**  | **هل تلقى/ تلقّت تدريبا مُسبقا من جمعيّة أنيرا؟****(نعم/كلاَ)** | **عدد سنوات الخبرة** **في العمل** | **إسم المُنسّق/ة** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**o يُرجى الملاحظة أنّ جمعيّة أنيرا ستتّصل بالمُيسَرين لإجراء مقابلة كجزء من عملية الاختيار و التوظيف.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

 | هل لدى مُؤسّستك موظّفون مسؤولون بشكل خاص عن العمليّات المحاسبية والماليّة للمنظمة؟ |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

 | هل لدى مُؤسّستك مُوظّف واحد على الأقلّ بدوام كامل،مسؤول عن تولّي مهام و جدول التنظيف المُكثّف لتوفير الحماية الكافية ضدّ فيروس كورونا. |

**القسم الرابع: الإمكانيّات اللوجيستيّة و الماديّة لمراكز مُقدّمي الطلب**

 **في الفراغ أدناه ، يرجى وصف البيئة اللّوجيستيّة للمركز.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | أ . عدد الغرف المتاحة لبناء القدرات / جلسات التوعية. |
|  | غرفة 1: | ب. السعة القصوى للغرف المُتاحة (أيّ أقصى عدد من الأفراد التي يمكن إستيعابها في كلّ غرفة) |
|  | غرفة 2: |
|  | غرفة 3: |
|  | غرفة 1: | ج. نوع التهوئة المُتاحة لكل غرفةعلى سبيل المثال: النوافذ الكبيرة ومروحة السقف وما إلى ذلك. |
|  | غرفة 2: |
|  | غرفة 3: |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

 | د. هل هناك مساحة خارجيّة لإجراء النّشاطات؟ |
| إذا كانت الإجابة "لا" ، يرجى شرح ما هي العوائق؟ | ه.هل المركز والغرف الموصوفة أعلاه متاحة للأشخاص من ذوي الإعاقة؟ |
|  | و. عدد المراحيض المُتاحة |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | نعم |  | كلا |

 | ز.هل يوجد مراحيض منفصلة لكلّ من المستفيدين والموظفين؟ |

**القسم الخامس: الرصد و التقييم**

ضع علامة بجوار كلّ مُربّع للإشارة إلى الإلتزام بالمُتطلبّات التالية إذا تمّ إختيارك كشريك لجمعيّة أنيرا.

نلتزم كجمعيّة شريكة بإكمال ومشاركة جميع بيانات المراقبة والتقييم المطلوبة، وإعداد التقارير التالية في الوقت المناسب:

|  |  |
| --- | --- |
|  | استمارات التسجيل وصورة عن بطاقة هوية الشباب والنساء المشاركين في أنشطة المشروع |
|  | التقارير الماليّة والوصفيّة عن مُجمل نشاطات المشروع |
|  | يتم تقديم أوراق الحضور الخاصّة بكل نشاط ، و عند الإنتهاء منه |
|  | أي نماذج أخرى ذات صلة تُقدّمها جمعيّة أنيرا أثناء تنفيذ المشروع |

**القسم السّادس: الميزانيّة**

|  |
| --- |
|  |
| **Total**  | **Budget Line**  | **Unit** | **Unit cost** | **Frequency / Unit Number**  | **Total per Item**  | **Budget Notes**  |
|  | Community Engagement Activities  | Activities |  |  |  |  **To cover awareness activities including stipends for women leaders who will support in awareness activities and supplies, stationary, refreshments needed for activities.**  |
|  Schools Activities  | Number of beneficiaries  |  |  |  |  **To cover awreness activities in UNRWA schools including supplies, stationary, refreshment and so forth.**  |
| Salaries  | Per Month  |  |  |  |  **1 full-time coordinator to oversee project activities and report to Anera at a maximum of $500 per month; and up to $100 contribution to finance staff at the organization** |
| Incidental fees  |   |  |  |  |  **To cover venue support as project will be using venue for logistics such as project meetings etc.**  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**تمّ تعبئة الطلب من قبل:**

**مُمثّل البرامج:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(الإسم و الإمضاء)