

طلب التقديم لمنحة صندوق الاستجابة لحالات الطوارئ كوفيد ١٩

OutRight Action International

عنوان المشروع محل الطلب

*** اسم المشروع**

Character Limit: 100

معلومات عن المنظمة

*** تركيز المنظمة**

Choices

LGBTIQ مجتمع الميم-عين

المثليات والمثليين وثنائيي الميل الجنسي والعابرين والعابرات

Intersex ثنائي الخصائص الجنسية

Transgender العابرين والعابرات جنسيا وجندريا

Lesbian/LBQ المثليات وثنائيات الميل الجنسي والكويريات من النساء

MSM الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

Other الرجاء التحديد غيرها please specify

إذا اخترت غيرها، الرجاء التحديد

Character Limit: 250

*** أي عام تم تأسيس منظماتكم/ن**

Character Limit: 250

*** هل منظماتكم/ن مسجلة رسمياً؟**

إذا نعم، متى؟

إذا لا، الرجاء التوضيح

Character Limit: 250

*** هل لدى منظماتكم/ن موظفون/ات مدفوعي/ات الأجر، إذا نعم، كم؟**

Character Limit: 250

تفاصيل طلبك

*** يرجى وصف الوضع الناجم عن أزمة مرض كوفيد ١٩ التي أدت إلى الحاجة إلى طلب منحة طارئة**

Character Limit: 2000

***يرجى توضيح سبب الحاجة إلى الاستجابة العاجلة**

Character Limit: 1500

***يرجى وصف الحلول / الأنشطة المقترحة لتلبية الاحتياجات الحالية**

Character Limit: 2000

***يرجى توضيح كيف سيعالج مقترحك الوضع؟**

الرجاء التوضيح كيف سيكون تأثير الحلول / الأنشطة المقترحة تأثيرات أزمة جائحة اوفيد ١٩ على الوضع الذي تم وصفه

Character Limit: 2000

***ما هي الفئة التي ستستفيد من هذا المشروع؟**

Choices

LGBTIQ مجتمع الميم-عين

LGBT المثليات والمثليين وثنائيي الميل الجنسي والعابرين والعابرات

Intersex ثنائي الخصائص الجنسية

Transgender العابرين والعابرات جنسيا وجندريا

Lesbian/LBQ المثليات وثنائيات الميل الجنسي والكويريات من النساء

MSM الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

Other الرجاء التحديد غيرها please specify

إذا اخترت "غيرها" الرجاء التحديد

Character Limit: 100

***كم عدد الأشخاص الذين/اللاتي سيستفيدون/ون مباشرة من الحلول / الأنشطة المقترحة؟**

Character Limit: 100

المرجع الأول

***الاسم واللقب**

الرجاء تزويدنا باسم مرجع من خارج منظمك

Character Limit: 100

***المنظمة/العلاقة بمنظمتك**

Character Limit: 100

***الهاتف، متظمن الرقم الدولي**

Character Limit: 100

***البريد الإلكتروني**

Character Limit: 254

***العلاقة مع منظمك**

Character Limit: 250

المرجع الثاني

*الاسم واللقب

Character Limit: 100

*المنظمة/العلاقة بمنظمتك

Character Limit: 100

*الهاتف، متظمن الرقم الدولي

Character Limit: 100

*البريد الإلكتروني

Character Limit: 254

*العلاقة مع منظمتك

Character Limit: 100

الميزانية

المعلومات

يرجى ملاحظة أنه لا يمكننا تقديم سوى منح طارئة تصل إلى ٢٠٠٠٠ دولار. يمكن استخدام المنحة للتكاليف المباشرة أو التكاليف الأساسية لمؤسستك أو مزيج من ذلك، إذا كان الحد الأقصى للمبلغ أقل من ٢٠٠٠٠ دولار. من المتوقع أن تبلغ معظم المنح ١٠٠٠٠ دولار.

Character Limit: 100

*في سرد موجز للميزانية أو تبرير الحصول على الدعم، يرجى وصف التكاليف التي تتوقعها

Character Limit: 2000

*إجمالي المبلغ المطلوب

هذا المبلغ يجب أن يكون بالدولار الأمريكي

Character Limit: 20

DOC دوك أو xlsx أو أكسل PDF في مستندات منفصلة، يرجى تحميل الميزانية بصيغة بي دي أف

*أدناه

- يرجى ذكر نوع المصاريف وتحديد تكلفة كل عنصر بالدولار الأمريكي.
- يمكنكم/م تضمين كل من المصاريف المباشرة وأي مصاريف أساسية. الرجاء التوضيح.
- قد تشمل التكاليف المباشرة (على سبيل المثال لا الحصر): الطعام والسلع الأخرى للحفاظ على المعيشة والمرافق وأماكن الإقامة. الطارئة، المعدات الصحية والأدوية.

File Size Limit: 3 MB

معلومات مالية إضافية

***هل تقدمت بطلب إلى أي مانح آخر لتمويل هذه الأنشطة؟**

إذا كانت الإجابة بنعم ، فمن؟
إذا كانت الإجابة "لا" ، يرجى كتابة "لا".

Character Limit: 250

***هل تمتلك المنظمة حسابا مصرفيا بنكيا؟**

Choices

نعم
لا

لا يوجد حساب مصرفي

***لا يوجد حساب مصرفي**

هل هناك منظمة أخرى لديها حساب بنكي تثق به لتلقي الأموال نيابة عنك؟ (لا يمكن أن يكون الحساب المصرفي شخصيا)
إذا كان الجواب (نعم) الرجاء تسميتهم/ن
إذا كان الجواب بالنفي، أكتب لا
إذا حصلت على المنحة، سيتم التواصل معك للتعرف على أفضل طريقة لتوصيل مبلغ الدعم

Character Limit: 250