

ANNEXE A : NOTE CONCEPTUELLE

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROPOSITIONS POUR L'APPUI AUX ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE AU BÉNIN ET AU TOGO POUR LA MISE EN OEUVRE DE PROJETS LIÉS A LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1.1. Candidat principal (partenaire principal)

Nom de l'organisation	
Numéro d'identité fiscal/registre	
Forme juridique	
Date de constitution	
Adresse/ Siège social	<ul style="list-style-type: none"> - Pays - Adresse - Ligne d'adresse 2 (optionnel) - Ville - Région/département - Code postal
Numéro d'identité du responsable légal.	
Responsable légal de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> - Prénom - Nom de famille - Poste de travail - E-mail - Téléphone
Site web	
Réseaux sociaux (LI, FB,...)	
Type d'organisation	<input type="checkbox"/> ONG/OSC LOCALE (si le siège de votre organisation est au Bénin ou au Togo) <input type="checkbox"/> ONG/OSC INTERNATIONALE (si le siège de votre organisation n'est pas au Bénin ou au Togo) <input type="checkbox"/> ONG/OSC PLATEFORME NATIONALE ET INTERNATIONALE (si votre organisation compte plusieurs ONG/OSC locales parmi ses membres)
Brève description de l'expertise de l'entité	
Expérience précédente avec Anesvad	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expérience précédente dans le domaine des MTN (Maladies Tropicales Negligées)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

1.2. Co-candidat (partenaire secondaire)

Nom de l'organisation	
Numéro d'identité fiscal/ registre	
Forme juridique	
Date de constitution	
Adresse/ Siège social	<ul style="list-style-type: none"> - Pays - Adresse - Ligne d'adresse 2 (optionnel) - Ville - Région/département - Code postal
Numéro d'identité du responsable légal.	
Responsable légal de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> - Prénom - Nom de famille - Poste de travail - E-mail - Téléphone
Site web	
Réseaux sociaux (LI, FB,...)	
Type d'organisation	<input type="checkbox"/> ONG/OSC LOCALE (si le siège de votre organisation est en Côte d'Ivoire) <input type="checkbox"/> ONG/OSC INTERNATIONALE (si le siège de votre organisation n'est pas en Côte d'Ivoire) <input type="checkbox"/> ONG/OSC PLATEFORME NATIONALE ET INTERNATIONALE (si votre organisation compte plusieurs ONG/OSC locales parmi ses membres)
Brève description de l'expertise de l'entité	
Expérience précédente avec Anesvad	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expérience précédente dans le domaine des MTN (Maladies Tropicales Negligées)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si le projet compte plus d'un co-candidat, veuillez remplir un fichier Word avec les informations demandées ci-dessus.

1.3. Associés (autres intervenants)

Autres acteurs liés au projet (autorités locales, ONG, plateformes, centres de recherche, autres...).

Associé 1 :

Nom de l'organisation	
Type d'organisation	
Brève description de l'expertise de l'entité	
Personne de contact	<ul style="list-style-type: none"> - Prénom - Nom de famille
Adresse	<ul style="list-style-type: none"> - Pays - Adresse - Ligne d'adresse 2 (optionnel) - Ville - Région/département - Code postal

Associé 2 : Veuillez compléter l'information suivante en cas d'avoir un deuxième partenaire associé :

Nom de l'organisation	
Type d'organisation	
Brève description de l'expertise de l'entité	
Personne de contact	<ul style="list-style-type: none"> - Prénom - Nom de famille
Adresse	<ul style="list-style-type: none"> - Pays - Adresse - Ligne d'adresse 2 (optionnel) - Ville - Région/département - Code postal

Si le projet a plus de 2 partenaires associés, veuillez remplir un fichier Word avec les informations demandées ci-dessus.

--

1.4. Personnes de contact

Personnes responsables de la mise en œuvre du projet, à contacter pour toute information complémentaire sur le projet.

La personne ayant accès à la plateforme Submittable sera considérée contact prioritaire.

Contact prioritaire (Contact Submittable)	Contact secondaire
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme.	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme.
Prénom	Prénom
Nom de famille	Nom de famille
Organisation	Organisation
Poste de travail	Poste de travail
Téléphone	Téléphone
E-mail	E-mail

2. INFORMATIONS DU PROJET

2.1. Titre du projet (Maximum 50 mots)

--

2.2. Durée du projet

La durée du projet sera comprise entre 12 et 24 mois.

Nombre de mois	
Date prévue de début	01/03/2025
Date prévue du fin	

2.3. Processus d'identification (Maximum 250 mots)

Expliquez les antécédents, le processus d'identification réalisé, et si le projet donne continuité à une initiative ou un programme mis en œuvre au préalable par les candidats.

2.4. Localisation détaillée

Indiquez au minimum le(s) département(s) et communes dans le cas de Bénin et le(s) région(s) et préfecture(s) dans le cas du Togo où le projet sera mis en œuvre.

BÉNIN	
Département	
Commune	

TOGO	
Région	
Préfecture	

Vous pouvez joindre une carte si nécessaire.

Informations complémentaires (Maximum 200 mots)

2.5. Présentation de la zone où le projet sera mis en œuvre (Maximum 500 mots)

Présentez les particularités de la région, en particulier la situation endémique des MTN et des MTN-MC, et la situation du droit à la santé.

Veillez compléter votre réponse ci-dessous :

2.6. Problématique, contribution à l'objectif principal et impact du projet (Maximum 500 mots)

Détailler le(s) problème(s) auquel le projet vise à répondre, en expliquant pourquoi certaines stratégies sont choisies et pas d'autres, ainsi que pourquoi certains groupes sont prioritaires, en mettant en évidence les groupes vulnérables auxquels le projet vise à s'adresser. Présenter le changement que le projet vise à réaliser chez les personnes et les communautés.

Veillez compléter votre réponse ci-dessous :

2.7. Priorités thématiques et transversales du projet

Sélectionnez les thématiques principales du projet. Les projets présentés se concentreront sur les thématiques « Déterminants Sociaux de la Santé » et « Activités de plaidoyer et de sensibilisation sociale » (notez qu'il n'est pas nécessaire d'aborder plusieurs thématiques), et pourront éventuellement inclure certaines activités correspondant aux « moyens de mise en œuvre » et « aspects biomédicaux ». Une définition des thématiques est fournie dans la section 1.2 des lignes directrices.

Thématiques	
Déterminants Sociaux de la Santé	
Moyens de mise en œuvre	
Activités de plaidoyer et de sensibilisation sociale	
Aspects biomédicaux	

Expliquez brièvement comment les thématiques choisies et les priorités transversales (environnement, handicap, genre et interculturelité) seront travaillées durant la mise en œuvre du projet (Maximum 250 mots)

2.8. Activités du projet (Maximum 3600 mots)

Structurez les activités du projet en les regroupant par paquets d'activités. Un projet ne devrait pas avoir plus de 6 paquets d'activités. Le premier (Lancement du projet) et le dernier paquet sont obligatoires (Clôture du projet). Décrire très brièvement chacun des paquets d'activités : liste des activités principales (activité 1 : xxx, activité 2 : xxx, ...), rôle des différents partenaires et associés du projet, durée, ressources nécessaires à la mise en œuvre (liste des personnes, matériels et autres, coûts estimés, etc.).

En cas de soutien financier à des tiers, inclure un paquet d'activités spécifiques et décrire brièvement sa portée, ses objectifs et les tiers à soutenir financièrement.

P1	Lancement du projet
Activités principales	<ul style="list-style-type: none"> Inclure la ligne de base dans la liste d'activités
Lieu de mise en œuvre	
Participation des différents partenaires dans la mise en œuvre	
Durée (mois)	
Ressources nécessaires	
Bénéficiaires	

P2	Nom du paquet
Activités principales	
Lieu de mise en œuvre	
Participation des différents partenaires dans la mise en œuvre	
Durée (mois)	
Ressources nécessaires	
Bénéficiaires	

P3	Nom du paquet
Activités principales	
Lieu de mise en œuvre	
Participation des différents partenaires dans la mise en œuvre	
Durée (mois)	
Ressources Nécessaires	
Bénéficiaires	

P4	Nom du paquet
Activités principales	
Lieu de mise en œuvre	
Participation des différents partenaires dans la mise en œuvre	
Durée (mois)	
Ressources nécessaires	
Bénéficiaires	

P5	Nom du paquet
Activités principales	
Lieu de mise en œuvre	
Participation des différents partenaires dans la mise en œuvre	
Durée (mois)	
Ressources nécessaires	
Bénéficiaires	

P6	Clôture du projet
Activités principales	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure l'évaluation de la ligne de base dans la liste d'activités
Lieu de mise en œuvre	
Participation des différents partenaires dans la mise en œuvre	
Durée (mois)	
Ressources nécessaires	
Bénéficiaires	

2.9. Bénéficiaires

Indiquez le nombre approximatif de détenteurs de droits directs (personnes bénéficiaires qui participent activement au projet et bénéficient directement de son impact) et indirects.

Détenteurs des droits directs	
	Total
Hommes	
Femmes	
Autres	
Total	
Détenteurs des droits indirects	
	Total
Hommes	
Femmes	
Autres	
Total	

Brève description des détenteurs de droits directs du projet, méthode de calcul et source d'informations (maximum 250 mots).

2.10. Alignement avec les politiques locales et les activités du programme national (Maximum 250 mots)

Expliquez l'alignement de la proposition sur les politiques du Ministère de la Santé.

Veillez indiquer votre réponse ci-dessous :

2.11. Complémentarité avec d'autres initiatives (Maximum 250 mots)

Expliquez dans quelle mesure la proposition travaille en ligne avec d'autres programmes et/ou initiatives de prévention et de lutte contre les MTN.

Veillez indiquer votre réponse ci-dessous :

3. BUDGET PROVISOIRE

Indiquez les détails et montants envisagés pour la mise en œuvre du projet :

Montant total (€) :	
Montant de la subvention demandée à Anesvad (€) :	
Montant du cofinancement (€):	
Sources de cofinancement et détail :	

4. DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

Documents à joindre au dossier de candidature (Note Conceptuelle) pour le candidat et le(s) Co-candidat(s) :

- a) Statuts de l'organisation
- b) Arrêté de Création de l'organisation ou documents légaux de constitution de l'entité (récépissé d'enregistrement)
- c) Liste des signataires autorisés avec spécimen de signatures
- d) Bilan Financier et rapport d'audit des deux dernières années
- e) Attestation sur l'honneur : le partenaire principal ainsi que tous les partenaires secondaires remplissent et signent la déclaration sur l'honneur attestant qu'ils ne se trouvent pas dans une procédure de sanction et de remboursement (modèle en Annexe C)
- f) Rapport d'activités des deux dernières années
- g) Organigramme
- h) Manuel de procédures administratives et financières (incluant ressources humaines et grille salariale, politique administrative, comptabilité, audit, gestion de la trésorerie), ou documents relatifs à ces procédures

Si certains documents ne sont pas disponibles, veuillez les indiquer ci-dessous :

5. ANNEXE

- ANNEXE C : Attestation sur l'honneur

Toutes les données fournies par les candidats et résultant de leur participation au présent appel seront gérées dans le seul but de mener à bien le-dit appel. Les participants doivent donner leur consentement exprès à leur utilisation. Anesvad se fera responsable des informations pendant toute la durée de l'appel et sera légalement responsable des informations jusqu'à la fin du délai de prescription.

Je donne mon autorisation :

Oui

Non

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION