TB REACH Wave 11

为结核病带来创新防治方法

让肺部健康更贴近受众需求

第一阶段提案

递交截止日期：日内瓦时间2024年1月17日下午5: 00

必须通过Wave 11申请网站递交申请。**不受理或审核审查通过电邮、Word/PDF格式递交的提案。**

|  |
| --- |
| TB REACH强烈建议申请人阅读并遵照遏制结核病伙伴关系的语言指南——[联合起来消除结核病：每个词语都重要](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/LanguageGuide_ForWeb20131110.pdf)。谈论结核病时使用的语言会影响耻辱感、信念和行为，也可能决定着个人是否乐于接受检测或治疗。  在TB REACH Wave 11提案中，务必要始终使用非歧视性、赋权性且以人为本的语言。 |

[联系我们](mailto:TBREACH@stoptb.org)

|  |
| --- |
| 登录访问和更新您的申请  用户名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 密码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

遏制结核病伙伴关系的TB REACH倡议在加拿大政府的慷慨支持下于2010年启动。从那时起，TB REACH受益于美国国际开发署（USAID）、英国外交和联邦事务部（FCDO）、UNITAID和比尔及梅琳达·盖茨基金会的额外资助。

*本轮提案征集活动也得到加拿大全球事务部的资助。*

申请人须知：

填写本申请表前，请详阅Wave 11全部支持文件。Wave 11申请必须符合下列条件：

1. 提案应包括：
   1. 在初级和社区护理层面整合结核病和肺部健康服务供给的创新方法。
   2. 针对结核病患者或受结核病影响者促进性别平等议题的干预措施。
   3. 旨在实现资助寿命后周期可持续性的干预措施。

*要了解关注领域详情，请参阅：Wave 11技术信息*

1. 申请人必须是非政府、非营利组织，且切实有实体在申请国提供服务。本地组织优先。可将相关政府组织列为资助申请的次要受款人。
2. 符合项目执行条件的国家必须符合下列条件之一：

* 被世界银行列为低收入或中低收入经济体
* 全国预估结核病发病率 > 100/10万人
* 被列入高结核病、结核病/艾滋病和/或耐多药结核病（MDR-TB）高负担国家名单。

*如需了解资格条件详情，请参阅：* Wave 11概念说明

申请ID

# 第1节——申请条款条件

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1 条款条件** 遏制结核病伙伴关系由联合国项目事务厅（UNOPS）主办。TB REACH所有提案征集和资助拨付活动，必须遵守UNOPS的资助政策以及采购细则和条例。  请阅读下文各项声明，并确认您已理解有关申请和领取资金的条款条件。 | 我同意接受这些条款 |
| UNOPS政策规定，任何资金均不得以利润或费用形式发放给本协议项下被资助人。此限制规定不适用于被资助人依据本协议而订立的合同关系。 | [ ] |
| 营利实体不能直接从TB REACH获取资助或资金，必须与至少一家非营利实体合作。非营利实体必须是主要受款人。 | [ ] |
| 被资助人必须使用独立计息银行账户来接收和管理TB REACH资金，以便实施财务报告和审计工作。 | [ ] |
| 接收TB REACH资金之银行账户的收款人名称，必须与资助协议所示主申请人的法定名称完全一致。*请参阅第2节示例* | [ ] |
| TB REACH所有资助的发放和支付，均以美元（USD）为单位，因此所有财务报告也必须以美元为单位。强烈建议受资助人尽可能以美元银行账户来接收资金。  我们会在选定新的资助项目后，与之分享将外币支出转换为美元单位的细则与规程。 | [ ] |
| 不完整的申请（以及从不符合条件的国家递交的申请）将在申请审核过程中予以剔除，不会考虑予以资助。 | [ ] |
| 查阅和确认UNOPS资助支持协议通用条件 | [ ] |

# 第2节——申请人详细信息

|  |
| --- |
| 2.1 主申请人法定名称定姓名  输入拟与UNOPS/遏制结核病伙伴关系签署资助协议之组织的名称。\* 在此字段输入的名称，用于签署资助协议，因此必须与TB REACH资金收款银行账户所示的名称*完全一致*。  请参阅下文示例，输入法定和通用名称。  主申请人作为资助金额的主要受款人（PR），必须能够直接从UNOPS/遏制结核病伙伴关系的TB REACH领取资助金额，并直接执行50%以上的资金。若您所在组织不能成为资助资金的主要执行人，则应考虑成为项目的合作伙伴或次要受款人（SR）。 |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 主申请人的通用/非法定名称**  请在此输入组织的通用（非正式/非法定）名称。若无非正式/非法定名称，则此字段留空。  请参阅下文示例，输入法定和通用名称。 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 示例：申请人/收款人法定和通用/非法定名称 | | |
| 示例1 | 法定名称： | Personnes dédiées à l'élimination de la tuberculose |
| 通用名称： | People dedicated to eliminating TB |
| 示例2 | 法定名称： | Stichting Foundation for Ending TB In Our Lifetimes  - 或 -  Foundation for Ending TB In Our Lifetimes e.V. |
| 通用名称： | Foundation for Ending TB In Our Lifetimes (FETIOL) |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.3 主申请人的组织类型。**  请在下文只选择一项描述。 | |
| [  ] 国家/地方非政府组织  [  ] 国家/地方大学 | [  ] 国际非政府组织  [  ] 国际大学  [  ] 联合国/国际机构  [  ] 其他： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.4 主申请人注册登记证  主申请人必须在主页上传自身注册登记证  所上传的文件应当遵照命名规则：**Application ID#\_Registration**  若您无法上传一份或多份所需的证明文件，请说明原因。 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.5a 主申请人是否曾申请过TB REACH资助？ | | | | | |
| [ ] 是 | [ ] 否 | [ ] 不知道/不想回答 | | |  |
| 2.5b 若是，主申请人是否曾接受过TB REACH资助？ | | | | | |
| [ ] 是 | [ ] 否 | [ ] 不知道/不想回答 | | |  |
| 2.5c 若是，在第几轮？ | | | | | |
| [ ] Wave 1 | [ ] Wave 2 | | [ ] Wave 3 | [ ] Wave 4 [ ] Wave 5 | |
| [ ] Wave 6 | [ ] Wave 7 | | [ ] Wave 8 | [ ] Wave 9 [ ] Wave 10 | |
| 2.6a. 您目前是否额外接收其他STP资助的资金？ | | | | | |
| [ ] 是 | [ ] 否 | [ ] 不知道/不想回答 | | |  |
| 2.6b 若2.6a的回答为“是”，请注明资助金额 | | | | | |
|  | | | | |  |

|  |
| --- |
| 2.7a 主申请人目前是全球基金项目的受款人吗？ |
| [ ] 是 [ ] 否 |
| 2.7b 若是，请说明资助类型 |
| [ ] 全球基金项目主要受款人 [ ] 全球基金项目次要受款人 [ ] 其他，*请说明*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.8a 主申请人是否曾经完成过捐赠者主导或联合国主导的能力评估/尽职调查流程？ |
| [ ] 是 [ ] 否 |
| 2.8b 若是，请说明完成能力评估/尽职调查流程的实体名称以及完成时间。 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.7 其他合作伙伴  请在下文列出其他项目合作伙伴。合作伙伴可以包括任何协助编制和执行项目提案的组织。这些合作伙伴可以是次要受款人（SR），但他们不能直接从TB REACH接收资金，也不能与遏制结核病伙伴关系签署法定协议。次要受款人不需要递交注册登记证或财务审计报告。主要受款人（PR）对任何次要受款人的财务报告负责。总得来说，若任何国际和公共部门项目合作伙伴包含在内，则其预算必须低于总预算的50%。（详情请参阅预算说明）  我们鼓励申请人在适当情况下将政府组织（包括国家/省/州和/或地方结核病计划组织）作为次级受款人（SR）。  若无其他合作伙伴，则此处留空。 | | | | | |
| 组织 | 组织网站URL | 国际或本地 | 联系方式 | 全球基金项目受款人？（是/否） | 暂定预算分配（美元） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.8 申请人联系方式 | 联系方式1 | 联系方式2 |
| 名 |  |  |
| 姓 |  |  |
| 组织 |  |  |
| 性别 | [ ] 男性 [ ]女性 [ ] 其他  [ ] 不愿透露 | [ ] 男性 [ ]女性 [ ] 其他  [ ] 不愿透露 |
| 在组织的职务 |  |  |
| 在本提案的职责 |  |  |
| 居住国 |  |  |
| 电子邮件（此电子邮件用于正式通信，请确保能正常使用） |  |  |
| 电话号码（包含国家代码） |  |  |

# 第3节——提案摘要

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1 项目名称  最长256个字符（包括空格） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.2 拟议工作国 |  |

|  |
| --- |
| 3.3 简要概述  用1-2个句子描述您的项目。若您的提案获得资助，则此描述会发布在www.stoptb.org。  最长400个字符（包括空格） |
|  |

|  |
| --- |
| 3.4 综合服务交付（ISD）模式。  3.4a **ISD场地**  选择开展ISD活动的场地/场所。  可多选。*对于二级或三级设施，请具体说明转诊服务的类型，例如诊断测试、胸科医生转诊、转诊实验室服务* |
| **A. 社区**  [ ] 社区卫生设施，例如保健站  [ ] 外联活动/事件  [ ] 提供护理的非正式机构，请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B. 初级保健设施  [ ] 公共/政府初级卫生设施  [ ] 私人初级卫生机构，*请具体说明类型\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ]提供初级保健的非设施性机构，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **C.** [ ] **二级转诊机构**，*请具体说明服务类型\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **D.** [ ] **三级机构**，*请具体说明服务类型\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **E**. [ ] 其他，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.4b ISD干预措施的呼吸系统疾病或健康状况  选择您提议将哪种健康疾病/服务与结核病整合在一起。  对于下文未列明的医疗卫生服务，请选择“其他”并说明。  *可多选*。  \**请注意，我们不将HIV和糖尿病视为符合本次提案征集要求的风险因素/条件（请参阅技术简报）*  填写此部分后，您须单击“保存”按钮，此后一组需填写的新表格将显示在下方 |
| A. **下呼吸道感染（LRTI），请具体指明**  [ ] 肺炎 [ ] 支气管炎 [ ] 毛细支气管炎  [ ] 其他LRTI ，请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B. **慢性呼吸系统疾病（CRD），请具体指明**  [ ] 哮喘 [ ] 慢性阻塞性肺病 [ ] 结核病后遗症  [ ]尘肺病，*请注明*致病原因，例如矽肺\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ]其他CRD ，请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] **肺癌，确诊或疑似**  C. **针对结核病和慢性肺部疾病的吸入性风险因素。**  [ ] 吸烟 [ ] 室内空气污染  [ ]其他形式的空气污染 *请具体说明*成因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  D. **针对结核病和慢性肺部疾病的系统性风险因素。**  [ ] 营养不良  [ ] 心理健康疾病  [ ] 其他风险因素和条件，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  E. 耐药性（AMR）  [ ] 与不准确的诊断相关  [ ] 与不当使用抗生素有关  [ ] 与监测相关  [ ] 其他AMR干预措施，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    F. **其他病症/疾病/计划，***请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.5 按疾病类别定义一揽子护理。  为上文3.4b中选中的每个疾病类别选择干预措施组成。  所有提案均须标明结核病一揽子服务  *可多选*。 |
| 1. 结核病   [ ] 结核病筛查  [ ] 结核病的诊断  [ ] 潜伏性结核感染的诊断  [ ] 潜伏性结核感染的治疗  [ ] 结核病的治疗  [ ] 其他呼吸系统疾病的综合管理  [ ] 其他，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   1. **肺部健康干预措施**   [ ] 筛查  [ ] 诊断（初步或最终），*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] 治疗，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] 预防措施， *请具体说明* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 肺部健康促进，例如戒烟、接种疫苗  [ ] 肺部康复，*请具体说明* \_\_\_\_\_  [ ] 其他，*请具体说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.6 执行摘要  简要概述提案。包括提案的理由；描述您的干预措施；并基于项目关注领域，描述项目可能对改善结核病及其他呼吸疾病检测和治疗做出的贡献。  最长2000个字符（包括空格） |
|  |

# 第4节——提案说明

|  |
| --- |
| 4.0 背景问题陈述  本节里，请考虑包含下列有关项目的信息：   1. 提案项目拟实施地点的地理和人口特征，以及您的干预措施的特定目标人群 2. 结核病流行病学信息，包括结核病确诊人数、开始治疗的人数以及已在拟议项目地区成功治疗的人数 3. 拟与结核病服务整合之其他肺部健康疾病/服务的流行病学或背景信息 4. 现有的指导方针或政策，例如国家肺部健康的实用方法（PAL）以及其在国家和区域层面的实施程度 5. 您未来工作区域的结核病和肺部健康*ISD*现有示例，特别是在初级保健和社区层面的示例 6. 服务整合的理由。 7. 服务整合能为寻求护理的人员解决的壁垒和挑战，尤其是在初级保健层面。 8. 服务整合的潜在好处。   最长3000个字符（包括空格） |
|  |

|  |
| --- |
| 4.1 ISD模式  描述您提议的服务整合模式（方式）。请考虑在答复中包含下列内容。   * 1. 您执行该项目的合作伙伴。   2. ISD站点/位置以及相关站点/位置如何与现有的卫生服务组织结构相关联。说明干预场所是公立设施、私立设施或社区机构？   3. 概述拟议患者获取结核病及其他非结核病服务的途径？   4. 不同医疗卫生服务的整合要达到何种程度：筛查和转介、同地检测和/或同地治疗或治疗支持？   最长3000个字符（包括空格） |
|  |

|  |
| --- |
| 4.2 目标、干预和活动  本节里，请阐述您的总体项目目标及您提议如何应对所识别的问题/需求。*我们鼓励申请人考虑****PHC的五大支柱****，包括：首次接触、综合服务、协调ISD、持续护理和以人为本。*  考虑包括以下内容：   1. 医疗卫生服务整合项目的总体目的与目标 2. 为实现目的和目标而提议的干预措施/活动    1. 谁执行干预措施？    2. 项目拟选用之设施和服务提供机构的数量与类型。    3. 设施/服务提供机构如何转介患者，以便获得必要的结核病诊断和/或治疗服务，以及项目整合的其他医疗卫生服务？    4. 该项目将如何改善结核病诊断或其他疾病的筛查，以便相关诊断或筛查可以尽可能近地在护理地点附近完成？    5. 项目如何报告和管理整个项目的设施层面数据，以及如何向相关国家报告系统报告这些数据？    6. 如何培训医疗保健服务机构来提供综合服务？    7. 干预措施如何改进对目标人群的*普及率*和*覆盖面*？    8. 您的干预措施如何触及目标人群，提供*优质*、*安全且以人为本的*服务？    9. 您的服务预计可以覆盖多少人（目标人群）？您预计可以识别和治疗多少结核病患者？您预计可以识别多少患有拟整合之其他“非结核”疾病的病人？    10. 您是否通过干预措施接触关键人群。请详细阐述。   最长5000个字符（包括空格） |
|  |

|  |
| --- |
| 4.3a 您提议的干预措施有何创新？  描述您的项目有何创新。描述您项目中包含的所有新方法或工作方式，包括患者通道重组、诊断途径、员工重组、初级保健层面的新工具使用或整合新的/新出现的诊断工具等。  贵国过去是否曾实施过相关方法（或类似方法）？您的项目如何为结核病计划提供经验教训。其他捐助人过去是否曾在您所在国家（或其他国家）资助过这种方式？*最长2000个字符（包括空格）* |
|  |
| **4.3b**. 哪五个关键词/短语最能代表您干预措施中包含的创新？  这里的创新指新工具、方法/方式、与关键人群合作的新方式或其他方面的创新。  最长100个字符（包括空格） |
|  |

|  |
| --- |
| 4.4 ISD方面的组织经验？  您或其他人过去是否曾实施过任何与结核病相关的ISD干预措施（**结核病/艾滋病和结核病/糖尿病除外**）？请描述此干预措施。描述是否有机会扩大现有干预措施，以最大限度地提高对Wave 11重点领域（结核病和肺部健康）的影响？  *最长2000个字符（包括空格）* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.5 促进性别平等的结核病干预措施  本节里，请简要阐述性别与结核病之间的相互作用，以及您提议如何应对这些相关挑战。应考虑到以下因素：   1. 性别角色和当地文化规范如何与您干预区域的流行病学结核病负担和/或结核病风险因素相互作用。 2. 性别规范如何影响结核病服务的获取和治疗结果，或带来不利的社会和经济后果，例如，污名化、收入损失 3. 是否存在某些特定群体，因年龄、种族、职业等其他交叉因素而面临着更大的风险 4. 简要阐述干预措施如何解决已确定的障碍和问题，从而改善结核病护理的获取。   *最长2000个字符（包括空格）* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.6 卫生系统强化  请描述项目如何在其执行环境中为建立有效、高效且有韧性的卫生系统做出贡献。  最长2000个字符（包括空格） |
|  |

# 第5节——组织能力

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1.a 能力评估  执行伙伴（“受赠方” ）的能力评估已成为联合国系统各组织甄选过程中的一个重要因素，联合检查组呼吁联合国项目事务厅遵循相关指导原则。  以下的能力评估问卷旨在让TB REACH了解申请人的组织能力，评估需求并确定潜在的支持活动，作为进度跟进的基线。评估结果不会将任何申请人排除在甄选流程之外，也不属于甄选标准的一部分。申请人无需提供证明文件，我们鼓励申请人提供公证、诚实的回答。  自我评估问卷包括两个部分：一部分关注申请人组织层面的平局，另一部分更具体地关注对性剥削和性虐待的保护。 | | |
| 在过去5年里，贵组织是否完成过任何捐赠者主导或联合国主导的能力评估？（例如，美国国际开发署组织能力评估等） | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 | |
| 贵组织目前或以前是否受到过法律诉讼？ | | [ ] 从未  [ ] 目前没有，但过去曾受到过法律诉讼  如果勾选：请提供其他信息和说明  [ ] 是，我方实体目前正受到法律诉讼。  如果选中，请提供其他信息和说明。 |
| 贵组织是否制定了财务管理政策和/或财务指南？ | | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织是否有适当的会计系统来记录并报告与捐赠者的财务交易，包括根据相应的组成部分、支出类别和资金来源的分配支出？ | | [ ] 是  若是，请提供ERP/会计软件的名称  [ ] 否 [ ] 设置中 |
| 贵组织如何确保不参与任何形式的强迫/强制劳动或雇佣童工，或确保不从中受益？ | | [ ] 实体制定了针对强迫/强制劳动和雇佣童工的强有力政策，该政策已纳入其主体采购流程，并要求其次级实施伙伴（次级IP）执行，同时已与所有工作人员充分沟通。  [ ] 实体有禁止强迫/强制劳动和雇佣童工的正式政策，但并未与实体的工作人员、供应商或次级实施伙伴很好地沟通过该政策。  [ ] 实体没有针对强迫/强制劳动和雇佣童工的正式政策。存在非正式的做法，但并未全面推行。 |
| 如果贵组织打算与次级受款人合作，您如何对他们进行筛选？ | | [ ] 是，实体有明确的方法和竞争流程来筛选次级IP。  [ ] 是，实体有竞争流程来筛选次级IP，但该流程并未正式流程，且存在例外情况。  [ ] 不，实体没有相关的明确方法。 |
| 如果贵组织打算与次级受款人合作，相关次级受款人是否已合法注册？ | | [ ] 实体目前与一个或多个次级受款人之间存在协议关系，且相关次级受款人已在计划运营国家/地区合法注册。  [ ] 实体目前与一个或多个次级受款人之间存在协议关系，相关次级受款人不具有法人资格，但有指定的代表。  [ ] 其他，请注明： |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.1.b 防止性剥削和性虐待的能力评估  防止性剥削和性虐待（PSEA）的能力评估不具有任何法律效力，在与实施伙伴合作时，将作为联合国系统范围内应对性剥削和性虐待（SEA）的参考工具。 | |
| 贵组织是否制定了PSEA政策文件？ | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织的合同和合作协议是否包含标准条款，要求分包商采取禁止SEA的政策以及措施预防并应对SEA。 | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织通过适当的筛选为求职者制定了系统的审核程序。这至少须包括，对性行为不端的背景调查和求职者的自我声明，确认他们从未因与SEA相关的调查而受到制裁（纪律、行政或刑事制裁），或在调查期间离开工作岗位并拒绝配合此类调查。 | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织是否为所有IP员工及相关人员（以下简称“人员” ）组织了有关PSEA和相关程序的强制性培训（线上或线下） | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织是否制定了相关机制和程序，以便人员、受援方和社区（包括儿童）报告符合核心标准的SEA指控 | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织是否建立了相关系统，根据SEA受害者的需求以及他们是否同意，将他们转介至当地的相关支持服务部门。这可能包括积极促进机构间层面的国内PSEA网络和/或GBV系统（如适用）和/或转介途径。 | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织有调查SEA指控的流程，可以提供证据。这可能包括在内部不具备相关能力的情况下的转介调查系统。 | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 进行中 |
| 贵组织已针对SEA指控（如有）采取适当的纠正措施。 | [ ] 是 [ ] 否 [ ] 不适用，过去无相关指控 |

|  |
| --- |
| 5.2 组织执行能力  描述您所在组织及合作伙伴在您计划执行项目所在的国家和领域快速启动执行您提议之ISD活动的能力。4TB REACH项目预计在资助资金拨付后不久，于2023年第4季度启动执行活动。  请描述您所在组织在执行国家的服务交付历史。确保要包括组织在该国家的经营年数；当地工作人员的技术执行领域；在该国内的现有员工人数；当前资金来源；并简要介绍组织的未来增长和发展计划。  描述您所在组织如何与其他组织携手合作，执行本提案所述活动？请描述各合作伙伴协助执行拟议干预措施的能力。  最长3000个字符（包括空格） |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.3 省州或全国结核病计划、卫生部其他相关计划或参与项目之技术或行业合作伙伴出具的支持函（LOS）  指明您是否取得省州或全国结核病计划或卫生部其他相关计划、其他相关政府部门或合作伙伴出具的支持函（LOS）。LOS应含有NTP做出的承诺，即向所有结核病确诊患者提供结核病治疗服务、提供药物来控制不良药物反应，并向受资助人提供结核病例通报和/或治疗成果数据，以协助开展影响衡量。  此外，项目应联系相关部门（取决于额外的肺部状况），包括政府、非政府和行业合作伙伴。相关政府（MOH）部门应出具项目支持函，厘清项目角色和职责，以及向拟整合至提议项目之“非结核”服务的诊断和治疗提供实物资助的情况。  虽然第一阶段不作此要求，但第二阶段的申请人应当递交所有相关合作伙伴出具的LOS。 | | | |
| [ ] 是 | [ ] 否 |  |  |

|  |
| --- |
| 5.4 上传省州或全国结核病计划、卫生部其他相关计划及其他执行合作伙伴出具的支持函  请在主页上传文件，并遵照命名规则：  **Application ID#\_NTP Support**  **Application ID#\_(MOH/Partner name) Support** |
|  |

# 第6节——申请预算

请在完成本节前阅读预算说明。

|  |
| --- |
| **6.1 主申请人的财务审计报告** 主申请人必须在主页上传最新财务审计报告  若您无法上传一份或多份所需的证明文件，请说明原因。  在主页上传文件，并遵照命名规则：**Application ID#\_Audit**  \* 请注意，上传此文件前，本节保持未完成状态。 |
|  |

|  |
| --- |
| 6.2 主申请人经审计的收入（美元）  请根据已上传至系统的最新审计报告，填入一年经资产金额（以审计报告本币为单位）。  \* 请输入审计当日美元兑换汇率（若审计货币单位是美元，则请输入1.0）  示例： 经审计的净资产金额：123 456 789印度卢比 2022年3月18日 美元汇率是：76.06（1美元 = 76.06印度卢比） |
| 货币单位国： 净资产金额：  审计当日美元兑换汇率：  **收入金额（美元）**（在页面底部点击“保存您的修改”时，此金额会自动计算）：0.00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.3 拟议预算和类别   * 申请人预算申请总额不得超过年度预算金额的5倍，已上传的财务审计报表应清晰载明年度预算金额。 * 您可以申请的最高资助金额为550000美元。 * 请注意，本轮的TB REACH**资助资金不得**用于采购抗结核药物。 | | 预算（美元） |
| 1 | 人力资源（最高占总预算的15%） |  |
| 2 | 项目相关直接活动 |  |
| 3 | 项目相关差旅（包括参加2023年TB REACH受资助人会议） |  |
| 4 | 在GDF源头代扣物品采购资金 |  |
| 5 | 采购医疗用品（非GDF采购） |  |
| 6 | 采购非医用品 |  |
| 7 | IT、通信和成果宣传 |  |
| 8 | 直接计划支持（最高占总预算的12%） |  |
| 9 | 实施研究（最高占总预算的10%）\* |  |
| 10 | 外部监督和评价  这个数值由TB REACH设定，并在源头代扣 | 35,000 |
| 预算总额 | |  |

如果总预算超过55万美元，横幅显示…… 预算不得超过55万美元

同时在1、8和9中显示超出上限的横幅

|  |
| --- |
| 6.4 预算说明  包括上文所列之下列预算类别的具体描述与理由：1、2、3、4-6（以单一采购描述形式）、7、8和9。  **\*请注意，预算类别9（实施研究）的信息应在第二阶段申请里进一步扩充**。 此类别的预算项包括单独的实施研究，或支持项目活动进一步分析和成果传播的工作。  解释上述预算的主要成本驱动因素，以及这些成本与规划活动及预期成果有何关联。  最长3000个字符（包括空格） |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.5 有无共同资助？  是否有任何种类的共同资助来支持此提案的执行？  （如其他来源的直接捐款，药物、设备捐赠，人员等）  \***所有项目应拥有共同资助，以用于在项目中与结核病整合在一起之“非结核”服务的诊断或治疗** | | | |
| [ ] 是 | [ ] 否 | [ ] 不知道 |  |
| 6.6a 若是，描述可用于支持本提案执行的共同资助。若有，请在主页上传任何证明文件  在主页上传文件，并遵照命名规则：**Application ID#Co-funding**  最长2000个字符（包括空格） | | | |
|  | | | |
| 6.6b 若是，请列出共同资助的金额和捐赠者 | | | |
|  | | | |

# 第7节——缩略词列表

|  |
| --- |
| 7.0 缩略词  请按照字母顺序，提供提案所使用之所有缩略词的定义 |
|  |