11-й раунд TB REACH

Внедрение инновационных подходов к борьбе с туберкулезом

и охране здоровья легких в пунктах-потребности

Этап 1. Заявка

Крайний срок подачи заявок: 17 января 2024 года в 17:00 по женевскому времени

Заявки ДОЛЖНЫ быть отправлены через данный сайт, посвященный 11-му раунду.   
**Заявки, отправленные по электронной почте в формате Word/PDF, НЕ принимаются и НЕ рассматриваются.**

|  |
| --- |
| TB REACH настоятельно рекомендует заявителям ознакомиться с руководством по стилю Партнерства «Остановить туберкулез» [«Искореним ТБ вместе: важно каждое слово»](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/LanguageGuide_ForWeb20131110.pdf). Обороты речи, используемые при обсуждении ТБ, могут влиять на стигму, убеждения и модели поведения, а также определять то, насколько комфортно будет чувствовать себя человек при тестировании или во время лечения.  При составлении текста заявки для TB REACH в рамках 11-го раунда необходимо ориентироваться на такие принципы, как отказ от дискриминации, поддержка и акцент на потребностях человека. |

[Контакты](mailto:TBREACH@stoptb.org)

|  |
| --- |
| Войдите в систему, чтобы обновить заявку  Имя пользователя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пароль: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Инициатива TB REACH Партнерства «Стоп ТБ» была создана в 2010 году при значительной поддержке правительства Канады. С тех пор TB REACH получал дополнительное финансирование от Агентства США по международному развитию (USAID), Министерства иностранных дел и по делам содружества Великобритании (FCDO), Unitaid и Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

*Финансовая поддержка данного конкурса заявок осуществляется Министерством иностранных дел Канады.*

ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ:

Настоятельная просьба прочитать все подтверждающие документы 11-го раунда перед заполнением этой заявки. Заявки 11-го раунда должны соответствовать следующим критериям:

1. Предложения должны включать:
   1. Инновационные подходы к интеграции предоставления услуг в области туберкулеза и здоровья легких на первичном и местном уровнях оказания медицинской помощи.
   2. Гендерно-чувствительные меропприятия для людей, больных или пострадавших от туберкулеза.
   3. Мероприятия, направленные на обеспечение устойчивости по истечении срока действия гранта.

*Более подробную информацию о целевых областях см: Техническая информация 11-го раунда*

1. Заявителями должны быть неправительственными, некоммерческими организациями, демонстрирующими наличие услуг в стране подачи заявки. Предпочтение будет отдаваться местным организациям. Правительственные организации могут быть включены в заявку на грант в качестве субполучателей.
2. Страны, имеющие право на реализацию проекта, должны соответствовать одному из следующих критериев:

* относиться Всемирным банком к странам с низким или ниже среднего уровнем дохода;
* иметь расчетный национальный уровень заболеваемости туберкулезом > 100 / 100000 населения;
* входить в список стран с высоким уровнем заболеваемости ТБ, ТБ/ВИЧ и/или ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

*Более подробную информацию о праве на участие см.*  в Концепции 11-го раунда

Идентификационный номер заявки

# Раздел 1. Условия подачи заявки

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1 Условия**  Партнерство «Остановить туберкулёз» базируется в Управлении Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов (ЮНОПС). Все конкурсы заявок и гранты TB REACH должны соответствовать политике грантов ЮНОПС, а также правилам и положениям в отношении закупок.  Ознакомьтесь с каждым из приведенных ниже пунктов и подтвердите, что вы понимаете условия подачи заявки и получения финансирования. | Я принимаю данные условия |
| В соответствии с политикой ЮНОПС, никакие средства не должны выплачиваться в качестве прибыли или вознаграждения Получателю гранта в рамках настоящего Соглашения. Данное ограничение не распространяется на договорные отношения, которые принимает на себя Получатель гранта в рамках настоящего Соглашения. | [ ] |
| Коммерческие организации не могут получать гранты или финансирование напрямую от TB REACH, они должны сотрудничать как минимум с одной некоммерческой организацией. Некоммерческая организация должна быть Основным получателем. | [ ] |
| Получатели гранта должны использовать отдельный процентный банковский счет для получения и управления средствами TB REACH для облегчения финансовой отчетности и аудита. | [ ] |
| Имя бенефециара на банковском счете, который используется для получения средств TB REACH, должно совпадать с юридическим именем основного заявителя, которое будет указано в соглашении о гранте. *См. примеры в разделе 2* | [ ] |
| Все гранты TB REACH присуждаются и выплачиваются в долларах США (USD), поэтому вся финансовая отчетность должна составляться в долларах США. Получателям грантов настоятельно рекомендуется получать на банковские счета средства в долларах США.  Правила и порядок конвертации расходов в иностранной валюте в доллары США будут сообщены после выбора новых грантов. | [ ] |
| Неполные заявки, включая заявки из стран, которые не могут принимать участие в конкурсе, будут исключены и не будут рассматриваться на предмет финансирования. | [ ] |
| Обзор и подтверждение общих условий ЮНОПС для соглашений о грантовой поддержке | [ ] |

# Раздел 2. Сведения о заявителе

|  |
| --- |
| 2.1 Юридическое наименование Основного заявителя  Введите название организации, которая подпишет соглашение о предоставлении гранта с ЮНОПС/Партнерством «Остановить ТБ».\*Наименование, указанное в этом поле, будет использоваться в соглашении о предоставлении гранта и должно *совпадать* с именем на банковском счете для перевода средств в рамках TB REACH.  См. примеры юридических и общих наименований.  \*В случае присуждения гранта основной заявитель будет выступать в качестве основного получателя (ОП) и должен иметь возможность получить полную сумму гранта непосредственно от ЮНОПС/Партнерства «Остановить туберкулез» TB REACH и напрямую применить более 50% выделенных средств. Если ваша организация не является основным реализатором средств, вам следует рассмотреть возможность участия в проекте в качестве партн§ра или дополнительного получателя (ДП). |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 Общее/неюридическое наименование Основного заявителя**  Если у организации есть общее (неофициальное/неюридическое) наименование, укажите его здесь. Если неофициальное/неюридическое наименование отсутствует, оставьте это поле пустым.  См. примеры юридических и общих наименований. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пример: юридические и общие/неюридические наименования заявителей/бенефициаров | | |
| Пример 1 | Юридическое наименование: | Personnes dédiées à l'élimination de la tuberculose (на французском языке) |
| Общее наименование: | People dedicated to eliminating TB (на английском языке) |
| Пример 2 | Юридическое наименование: | Фонд Стихтинга по борьбе с туберкулёзом во всём мире  - или -  Некоммерческая организация «Фонд ликвидации туберкулёза во всём мире» |
| Общее наименование: | Фонд по борьбе с туберкулёзом во всём мире (Фонд борьбы с ТБ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **\* 2.3 Тип организации Основного заявителя.**  Выберите только один вариант из предложенных ниже. | |
| [  ] Национальная/региональная НПО  [  ] Федеральный/региональный университет | [  ] Международная НПО  [  ] Международный университет  [  ] ООН/Международное агентство  [  ] Прочие:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.4 Свидетельство о регистрации Основного заявителя  Основные заявители должны загрузить свидетельство о регистрации на главной странице.  Названия загруженных файлов должны соответствовать соглашению о наименованиях: **Идентификационный номер заявки\_Registration**  Если вы не можете загрузить один или несколько необходимых подтверждающих документов, укажите причины. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.5a Подавал ли основной заявитель заявку на финансирование TB REACH раньше? | | | | | |
| [ ] Да | [ ] Нет | [ ] Не знаю/воздерживаюсь | | |  |
| 2.5b Если да, получал ли основной заявитель финансирование в рамках TB REACH раньше? | | | | | |
| [ ] Да | [ ] Нет | [ ] Не знаю/воздерживаюсь | | |  |
| 2.5c Если да, то в рамках какой волны? | | | | | |
| [ ] Wave 1 | [ ] Wave 2 | | [ ] Wave 3 | [ ] Wave 4 [ ] Wave 5 | |
| [ ] Wave 6 | [ ] Wave 7 | | [ ] Wave 8 | [ ] Wave 9 [ ] Wave 10 | |
| 2.6a. Получаете ли вы в настоящее время дополнительное финансирование за счет других грантов STP? | | | | | |
| [ ] Да | [ ] Нет | [ ] Не знаю/воздерживаюсь | | |  |
| 2.6 б Если да, то 2.6 а, пожалуйста, укажите грант | | | | | |
|  | | | | |  |

|  |
| --- |
| 2.7a Является ли основной заявитель в настоящее время получателем средств Глобального фонда? |
| [ ] Да [ ] Нет |
| 2.7 б Если да, просьба описать тип финансирования |
| [ ] Глобальный фонд PR [ ] Глобальный фонд SR [ ] Другое, *пожалуйста, опишите* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.8a Проходил ли основной заявитель когда-либо ранее оценку организационного потенциала/комплексную проверку, проводимую донорами или ООН? |
| [ ] Да [ ] Нет |
| 2.8 б Если да, укажите, когда и название организации, проводившей оценку организационного потенциала/комплексную проверку. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.7 Дополнительные партнеры  Перечислите ниже всех дополнительных партнёров по проекту. К партнёрам могут относиться любые организации, которые будут помогать с разработкой и реализацией заявки. Партнёрами могут быть дополнительные получатели (ДП), однако они НЕ будут получать средства непосредственно от TB REACH и НЕ будут подписывать юридическое соглашение с Партнёрством «Оствновить туберкулёз». Дополнительные получатели НЕ обязаны предоставлять свидетельство о регистрации или отчет о финансовом аудите. Основной получатель (ОП) будет нести ответственность за финансовую отчетность любых дополнительных получателей гранта. В целом, бюджет любого международного партнёра и партнёра из государственного сектора, если таковые имеются, должен составлять <50% от общего бюджета (более подробную информацию см. в разделе «Инструкции по бюджету»).  Рекомендуется привлекать государственные организации, включая национальные/провинциальные/штатные и/или местные противотуберкулёзные программы, в качестве дополнительных получателей (ДП), если это целесообразно.  Если дополнительных партнёров нет, оставьте это поле пустым. | | | | | |
| Организация | URL-адрес сайта организации | Международ-ная или местная | Контактные данные | Получатель Глобального фонда? (Да/Нет) | Ориентировоч-ное бюджетное ассигнование (долл. США) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.8 Контактная информация заявителя | Контактное лицо 1 | Контактное лицо 2 |
| Имя |  |  |
| Фамилия |  |  |
| Организация |  |  |
| Пол | [ ] Мужской [ ]Женский [ ] Другой  [ ] Предпочитаю не отвечать | [ ] Мужской [ ]Женский [ ] Другой  [ ] Предпочитаю не отвечать |
| Должность в организации |  |  |
| Роль в заявке |  |  |
| Страна проживания |  |  |
| Электронная почта (Этот адрес электронной почты будет использоваться для официальных коммуникаций. Убедитесь, что он активен.) |  |  |
| Номер телефона, включая код страны |  |  |

# Раздел 3. Общая информация о заявке

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1 Название проекта  Не более 256 символов (с пробелами) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.2 Предполагаемая страна (или страны) реализации |  |

|  |
| --- |
| 3.3 Краткое описание  Опишите свой проект в 1–2 предложениях. Если ваша заявка получит финансирование, это описание будет размещено на сайте www.stoptb.org.  Не более 400 символов (с пробелами) |
|  |

|  |
| --- |
| 3.4 Основные положения  Предоставьте краткое содержание заявки. Включите обоснование для вашей заявки, описание предлагаемых мероприятий, и на основании приоритетной области вашего проекта, опишите потенциальный вклад проекта в улучшение выявления и лечения туберкулёза и других респираторных заболеваний.  *Не более 2000 символов (с пробелами)* |
|  |

|  |
| --- |
| 3.5 Модель комплексного предоставления услуг (КПУ).  3.5a **Сайт (ы) для КПУ**  Выберите сайт (ы)/место, где будут проводиться работы по КПУ.  Возможны несколько вариантов. *Для вторичных или третичных учреждений укажите пожалуйста тип услуг, например, диагностические исследования, направление к врачу-терапевту, направление в лабораторию* |
| **A. Сообщество**  [ ] Общественное медицинское учреждение, например, аванпост  [ ] Информационно-разъяснительная работа/мероприятие  [ ] Неформальные учреждения, предоставляющие уход, пожалуйста, укажите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Б. Первичное медико-санитарное обслуживание  [ ] Общественное/государственное учреждение первичной медико-санитарной помощи  [ ] Частное учреждение первичной медико-санитарной помощи, *пожалуйста, укажите тип\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Нелечебные учреждения, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **В.** [ ] **Вторичное направление**, *пожалуйста, укажите вид услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **Г.** [ ] **Третичное учреждение**, *пожалуйста, укажите вид услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **Д.** [ ] Другое, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.5 б Респираторные заболевания или состояния здоровья для вмешательств по КПУ  Выберите, какие медицинские условия/услуги вы предлагаете интегрировать с ТБ.  Для медицинских услуг, не перечисленных ниже, выберите «Другое» и опишите.  *Возможны несколько вариантов*.  \* *Обратите внимание, что мы не будем рассматривать ВИЧ и диабет в качестве приемлемых факторов риска/условий для этого раунда приема заявок (см. Техническое описание)*  После заполнения этого раздела необходимо нажать кнопку Save (Сохранить), после чего появится новый набор таблиц для заполнения, расположенный ниже. |
| A. **Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП), укажите, какие из них**  [ ] Пневмония [ ] Бронхит [ ] Бронхиолит  [ ] Другие ИНДП, пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Б. **Хронические респираторные заболевания (ХРЗ), укажите, какие из них**  [ ] Астма [ ] Хроническая обструктивная болезнь лёгких [ ] Пост-ТБ болезнь лёгких  [ ] Пневмокониоз, *пожалуйста, укажите причину*, например, силикоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Другие ХРЗ, пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] **Рак легких, подтвержденный или предполагаемый**  В. **Устранение ингаляционных факторов риска развития ТБ и хронических заболеваний лёгких.**  [ ] Курение сигарет [ ] Загрязнение воздуха в помещении  [ ] Другие формы загрязнения воздуха, *пожалуйста, укажите* причину\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Г. **Устранение системных факторов риска развития ТБ и хронических заболеваний лёгких.**  [ ] Ненадлежащее питание  [ ] Психические заболевания  [ ] Другие факторы риска и условия, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Д. Устойчивость к противомикробным препаратам (УПП)  [ ] Связано с неточным диагнозом  [ ] Связано с ненадлежащим использованием антибиотиков  [ ] Связано с эпиднадзором  [ ] Другие вмешательства по УПП, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    Е. **Другие состояния/заболевания/программы,** *пожалуйста, укажите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.6 Определение пакета помощи по категории заболевания.  Выберите компонент(ы) мероприятий для каждой категории заболеваний, указанных выше в п. 3.4 б.  Во всех предложениях должен быть указан противотуберкулёзный пакет услуг  *Возможны несколько вариантов*. |
| 1. Туберкулез   [ ] Обследование туберкулёза  [ ] Диагностика туберкулёза  [ ] Диагностика латентной туберкулёзной инфекции  [ ] Лечение латентной туберкулёзной инфекции  [ ] Лечение туберкулёза  [ ] Синдромное лечение других респираторных заболеваний  [ ] Другое, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   1. **Мероприятия по охране здоровья легких**   [ ] Обследование  [ ] Диагноз (предварительный или окончательный), *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Лечение, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Профилактические подходы, пожалуйста, *укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Укрепление здоровья легких, например, отказ от курения, вакцинация  [ ] Легочная реабилитация, пожалуйста, *укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Другое, *пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
|  |
|  |

# Раздел 4. Описание заявки

|  |
| --- |
| 4.0 История вопроса и постановка проблемы  В этом разделе рассмотрите возможность включения следующей информации о вашем проекте:   1. Географические и демографические характеристики места, где будет осуществляться предлагаемый проект, и конкретной группы населения, на которую нацелены мероприятия вашего проекта 2. Эпидемиология туберкулёза, включая количество людей с диагностированным туберкулёзом, начавших и успешно завершивших лечение 3. Эпидемиология или справочная информация по другим заболеваниям лёгких/услугам, которые будут интегрированы с противотуберкулёзными мероприятиями. 4. Существующие руководящие принципы или политика, например, практические подходы к здоровью лёгких (ППЗЛ) в стране и степень их реализации на национальном и региональном уровнях. 5. Существующие примеры *КПУ* по туберкулёзу и здоровью легких в регионе, в котором вы будете работать, особенно на уровне первичной медицинской помощи и местного сообщества. 6. Обоснование интеграции услуг. 7. Барьеры и проблемы, которые интеграция услуг позволит устранить для лиц, обращающихся за медицинской помощью, особенно в первичном звене. 8. Потенциальные выгоды от интеграции услуг.   Не более 4000 символов (с пробелами) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.1 Модель КПУ  Опишите предлагаемую модель (подход) интеграции услуг. Подумайте о том, чтобы включить в свой ответ следующее.   * 1. Партнёры, с которыми вы будете работать над реализацией проекта.   2. Объекты/местоположения КПУ и то, как они связаны с существующей структурой организации здравоохранения. Укажите, являются ли объекты вмешательства государственными, частными или общественными учреждениями?   3. Опишите предлагаемый путь доступа пациентов к услугам как при ТБ, так и при других респираторных заболеваниях, не связанных с ТБ?   4. На каком уровне будет происходить интеграция для различных медицинских услуг: обследование и выдача направлений, совместное тестирование и/или совместное лечение или поддержка лечения?   Не более 4000 символов (с пробелами) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.2 Цель, и мероприятия  В этом разделе опишите общую цель проекта и то, как вы предлагаете решить выявленные проблемы/потребности. *Кандидатам рекомендуется учитывать* ***пять основных принципов ПСМП,*** *включая: Первый контакт, Комплексные услуги, Скоординированная КПУ, Непрерывность помощи и Ориентированность на человека.*  Укажите следующую информацию:   1. Общая цель и задачи проекта комплексного медицинского обслуживания 2. Предлагаемые мероприятия для достижения ваших целей и задач:    1. Кто будет реализовывать мероприятия?    2. Количество и типы объектов и поставщиков, которые будут задействованы в проекте.    3. Как учреждения/поставщики услуг будут направлять пациентов или получать доступ к необходимой диагностике и/или лечению туберкулёза и другим интегрированным медицинским услугам в рамках проекта?    4. Каким образом проект позволит улучшить доступ к диагностике туберкулёза или обследованию других заболеваний как можно ближе к месту оказания медицинской помощи?    5. Каким образом будет подготавливаться отчётность и осуществляться управление данными на уровне объекта в рамках проекта, для целей всего проекта и для соответствующих национальных систем отчётности?    6. Каким образом поставщики медицинских услуг будут обучаться предлагать комплексные услуги?    7. Каким образом эти мероприятия улучшат *доступ* и *охват* целевой группы населения?    8. Как планируемое вами мероприятие будет взаимодействовать с целевой группой населения и предоставлять *качественные* услуги, которые являются *безопасными и ориентированы на человека*?    9. Сколько человек (целей) вы планируете охватить вашими услугами? Сколько человек вы планируете выявить и лечить от ТБ? Скольких пациентов с другим «не туберкулезным» заболеванием , с которым вы интегрируетесь, вы планируете выявить?    10. Охвачены ли ключевые группы населения вашими мероприятиями? Просьба дать подробный ответ.   Не более 5000 символов (с пробелами) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.3 а Насколько предлагаемые вами меры вмешательства являются инновационными?  Опишите, насколько ваш проект инновационный. Опишите все новые подходы или методы работы, использованные в вашем проекте, включая реорганизацию маршрутов движения пациентов, диагностических маршрутов, реорганизацию персонала, использование новых инструментов на уровне первичной помощи или внедрение новых/появляющихся диагностических инструментов и т.д.  Был ли этот подход (или аналогичный) реализован в вашей стране ранее? Как ваш проект будет способствовать извлечению уроков для программ по борьбе с ТБ? Финансировался ли этот подход со стороны других доноров в вашей стране (или в других странах) ранее? *Не более 2000 символов (с пробелами).* |
|  |
| **4.3б**. Какие пять ключевых слов/фраз лучше всего отражают инновации, предусмотренные в вашем вмешательстве?  Эти инновации относятся к новым инструментам, методам/подходам, новым способам работы с ключевыми группами населения или чему-то еще.  Не более 100 символов (с пробелами). |
|  |

|  |
| --- |
| 4.4 Опыт организаций в области КПУ?  Проводили ли вы или другие лица в прошлом какие-либо мероприятия по КПУ, связанные **с ТБ (за исключением** **ТБ/ВИЧ и ТБ/диабета)**? Пожалуйста, опишите эти мероприятия. Опишите любые возможности для расширения существующих мероприятий, чтобы максимизировать воздействие по основным направлениям 11-го раунда – туберкулёз и здоровье легких?  *Не более 2000 символов (с пробелами).* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.5 Гендерно-чувствительные мероприятия по борьбе с ТБ  В этом разделе кратко опишите взаимосвязь между гендерными вопросами и ТБ, а также способы решения этих проблем. Примите во внимание следующее:   1. Как гендерные роли и местные культурные нормы взаимодействуют с эпидемиологическим бременем ТБ и/или факторами риска ТБ в рамках ваших мероприятий. 2. Как гендерные нормы влияют на доступ к противотуберкулёзным услугам, результаты лечения или неблагоприятные социальные и экономические последствия, например, стигму, потерю дохода. 3. Существуют ли определенные группы, которые подвержены большему риску в силу других пересекающихся факторов, таких как возраст, этническая принадлежность, профессия и т.д. 4. Кратко опишите, каким образом мероприятия будут направлены на устранение выявленных барьеров и проблем для улучшения доступа к противотуберкулёзному лечению.   *Не более 2000 символов (с пробелами).* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.6 Укрепление систем здравоохранения  Опишите, каким образом ваш проект будет способствовать созданию эффективных, действенных и устойчивых систем здравоохранения в зависимости от контекста, в котором вы его реализуете.  Не более 2000 символов (с пробелами). |
|  |

# Раздел 5. Организационный потенциал

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1.a Оценка потенциала  Оценка потенциала партнеров-исполнителей («грантополучателей») стала важным фактором в процессе отбора в организациях системы ООН, и Объединенная инспекционная группа обратилась к ЮНОПС с просьбой привести ее в соответствие с руководящими принципами.  Приведенная ниже анкета для оценки потенциала позволяет получить представление об организационных возможностях заявителя для оценки потребностей и определения потенциальных мероприятий по поддержке, которые могут служить в качестве начального уровня для отслеживания прогресса. Результаты оценки НЕ ИСКЛЮЧАЮТ участия заявителей в процессе отбора и НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЬЮ критериев отбора. От соискателей также не требуется представлять подтверждающие документы, но предлагается давать честные и откровенные ответы.  Анкета для самостоятельной оценки состоит из двух разделов: один посвящен организационному уровню заявителя, а второй — защите от сексуальной эксплуатации и насилия. | | |
| Проводила ли ваша организация за последние 5 лет какую-либо оценку потенциала под руководством доноров или ООН? (например, оценка организационного потенциала USAID и др.) | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе | |
| Является ли ваша организация объектом какого-либо текущего или предыдущего судебного разбирательства? | | [ ] Никогда  [ ] Нет, но была объектом предыдущего судебного разбирательства  Если отмечено, предоставьте любую дополнительную информацию и пояснения  [ ] Да, в настоящее время юридическое лицо является объектом судебных разбирательств.  Если выбрано, предоставьте любую дополнительную информацию и пояснения. |
| Есть ли в вашей организации политика управления финансами и/или финансовые рекомендации? | | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Имеется ли в вашей организации система бухгалтерского учета, позволяющая вести надлежащий учет и отчетность по финансовым операциям с донорами, включая распределение расходов по соответствующим компонентам, категориям освоения средств и источникам финансирования? | | [ ] Да  Если ответ «Да», укажите название программного обеспечения для ERP/бухгалтерского учета  [ ] Да [ ] Нет [ ] В процессе |
| Как ваша организация гарантирует, что она не участвует в каких-либо формах принудительного или обязательного труда или детского труда? | | [ ] Организация разработала строгую политику по борьбе с принудительным или обязательным трудом и детским трудом, которая включена в ее процессы закупок, передана ее партнёрам субподрядчикам (суб-ПР) и хорошо доведена до сведения всего персонала.  [ ] Организация имеет официальную политику против принудительного или обязательного труда и детского труда, но эта политика не доведена до сведения персонала, поставщиков или субподрядчиков организации.  [ ] Организация не имеет официальной политики по борьбе с принудительным или обязательным трудом и детским трудом. В ней есть неформальные практики, которые не являются всеобъемлющими. |
| Если ваша организация намерена сотрудничать с суб-получателями, как вы их выбираете? | | [ ] Да, юридическое лицо имеет определенную методологию и конкурентный процесс для выбора партнеров.  [ ] Да, у организации есть конкурентный процесс отбора партнеров, но он не оформлен, и существуют исключения из этого процесса.  [ ] Нет, юридическое лицо не имеет определенной методологии. |
| Если ваша организация намерена сотрудничать с суб-получателями, зарегистрированы ли суб-получатели как юридические лица? | | [ ] Организация имеет действующее соглашение с одним или несколькими суб-получателями, и суб-получатель юридически зарегистрирован в стране, где действует программа.  [ ] Организация имеет действующее соглашение с одним или несколькими суб-получателями, и суб-получатель не имеет юридического лица, но назначил представителей.  [ ] Другое – пожалуйста, укажите |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.1.б Оценка возможностей защиты от сексуальной эксплуатации и надругательства  Оценка потенциала в области защиты от сексуальной эксплуатации и надругательств (ЗСЭН) не имеет юридических последствий и будет служить справочным инструментом в связи с принятием в рамках всей системы ООН мер по борьбе с сексуальной эксплуатацией и надругательствами (СЭН) при работе с партнерами-исполнителями. | |
| Есть ли в вашей организации документ о политике в отношении ЗСЭН? | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Включает ли ваша организация в свои контракты и партнёрские соглашения стандартный пункт, требующий от субподрядчиков принятия политики, запрещающей СЭН, принятия мер по предотвращению СЭН и реагированию на него. | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| В вашей организации существует систематическая процедура проверки кандидатов на работу путём надлежащего отбора. Это должно включать, как минимум, проверку анкетных данных на предмет сексуальных проступков и самодекларацию кандидата, подтверждающую, что он никогда не подвергался санкциям (дисциплинарным, административным или уголовным), вытекающим из расследования в отношении СЭН, или не увольнялся в ожидании расследования, а также не отказывался сотрудничать в ходе такого расследования. | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Проводит ли ваша организация обязательные тренинги (онлайн или очно) для всех сотрудников партнеров и связанного с ними персонала (далее «персонал») по ЗСЭН и соответствующей процедуре. | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Имеются ли в вашей организации механизмы и процедуры, позволяющие персоналу, получателям помощи и сообществам, включая детей, сообщать об обвинениях в СЭО, которые соответствуют основным стандартам отчетности. | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Есть ли в вашей организации система направления жертв СЭО в местные службы поддержки на основе их потребностей и согласия. Это может включать активное участие в работе страновых сетей ЗСЭО и/или систем по борьбе с ГН (где это применимо) и/или путей перенаправления на межведомственном уровне. | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Ваша организация имеет процедуру расследования заявлений о СЭО и может предоставить доказательства. Это может включать в себя систему направления к специалистам для проведения расследований в тех случаях, когда внутренних возможностей не существует. | [ ] Да [ ]Нет [ ] В процессе |
| Ваша организация предприняла соответствующие корректирующие действия в ответ на обвинения в СЭО, если таковые имели место. | [ ] Да [ ]Нет [ ] Н/Д - отсутствие обвинений в прошлом |

|  |
| --- |
| 5.2 Организационный потенциал реализации  Опишите способность вашей организации и партнеров быстро приступить к осуществлению предлагаемыхмероприятий КПУ как по всей стране, так и в тех регионах, в которых вы планируете реализовать проект. Реализация мероприятий в рамках проекта TB REACH должна начаться в 4-м квартале 2024 года вскоре после выделения финансирования.  Опишите опыт вашей организации в предоставлении услуг в стране внедрения. Не забудьте указать, сколько лет организация работает в стране, технические области реализации с задействованием местного персонала, текущую численность сотрудников в вашей стране, источники финансирования и общие планы организационного роста и развития в будущем.  Опишите, как ваша организация будет сотрудничать с другими организациями для осуществления мероприятий, описанных в этом предложении? Опишите способность каждого партнёра помочь в реализации предложенных вами мероприятий.  Не более 3000 символов (с пробелами). |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.3 Письма с выражением поддержки (LOS), направленные от лица провинциальных/государственных или национальных программ по борьбе с ТБ, других соответствующих программ Министерства здравоохранения или технических или отраслевых партнеров, участвующих в проекте  Укажите, есть ли у вас письмо с выражением поддержки от провинциальной/ государственной или национальной программы по борьбе с ТБ или других соответствующих программ Министерства здравоохранения (других соответствующих государственных секторов или партнёров). Письмо должно включать обязательство НТП по предоставлению противотуберкулёзного лечения всем людям с диагностированным ТБ и средств для устранения побочных эффектов лечения, а также данных о регистрации случаев/результатов лечения получателю гранта для повышения эффективности предлагаемых мероприятий.  Кроме того, проекты должны обращаться в соответствующий орган (в зависимости от состояния легких), включая правительственных, неправительственных и отраслевых партнеров. Соответствующий орган государственной власти (МЗ) должен предоставить письмо о поддержке проекта с указанием четких ролей и обязанностей в проекте и наличия финансирования в натуральной форме для диагностики и лечения «не связанных с ТБ» услуг, интегрируемых в предлагаемый проект.  Данный документ обязателен только для заявителей этапа 1 и 2. | | | |
| [ ] Да | [ ] Нет |  |  |

|  |
| --- |
| 5.4 Загрузите письмо с выражением поддержки от провинциальных/государственных или национальных программ по борьбе с ТБ, других соответствующих программ Министерства здравоохранения и других партнеров-исполнителей  Загрузите файлы на домашнюю страницу и следуйте правилам именования:  **Application ID#\_NTP Support**  **Application ID#\_(MOH/Partner name) Support** |
|  |

# Раздел 6. Запрашиваемый бюджет

Перед заполнением этого раздела прочитайте инструкции по бюджету.

|  |
| --- |
| **6.1 Отчет о финансовом аудите основного заявителя** Основные заявители должны загрузить свой последний отчето финансовом аудите на домашнюю страницу  Если вы не можете загрузить один или несколько необходимых подтверждающих документов, укажите причины.  Загрузите файлы на главную страницу и следуйте правилам именования: **Application ID#\_Audit**  \* Обратите внимание, что до тех пор, пока этот документ не будет загружен, этот раздел останется неполным. |
|  |

|  |
| --- |
| 6.2 Проверенный доход основного заявителя в долларах США  Укажите сумму чистых активов за один год в соответствии с последним аудитом, загруженным в систему (в местной валюте отчета об аудите).  \*  Укажите обменый курс на дату проведения аудита для конвертации в доллары США (если в аудите уже указана сумма в долларах США, введите 1.0)  Пример:  Показатель чистых активов по результатам аудита: 123 456 789 индийских рупий Обменный курс  доллара США на 18 марта 2022 года: 76,06 (1 доллар США = 76,06 индонезийских рупий) |
| Страна валюты: Показатель чистых активов:  Обменный курс на дату аудита для конвертации в доллары США:  **Сумма дохода в долларах США** (будет рассчитана автоматически, когда вы нажмете «Сохранить изменения» внизу страницы): 0,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.3 Предлагаемый бюджет и категории   * Итоговый запрашиваемый бюджет не может превышать 5-кратный годовой бюджет заявителей, который должен быть указан в загруженном отчете о финансовом аудите. * Максимальная сумма финансирования, которую вы можете запросить, составляет 550 000 долларов США. * Обратите внимание, что в этой волне **средства,** выделяемые в рамках TB REACH, **не могут** быть использованы для закупки противотуберкулёзных препаратов. | | Бюджет в долларах США |
| 1 | Человеческие ресурсы (не более 15% от общего бюджета) |  |
| 2 | Мероприятия, непосредственно связанные с проектом |  |
| 3 | Связанные с проектом поездки (включая участие в собраниях получателей грантов TB REACH 2023 г.) |  |
| 4 | Средства, удерживаемые у источника, для закупки материалов в рамках Глобального механизма по обеспечению лекарственными средствами |  |
| 5 | Закупка предметов медицинского назначения (закупки, не относящиеся к GDF) |  |
| 6 | Закупка предметов немедицинского назначения |  |
| 7 | ИТ, связь и разглашение результатов |  |
| 8 | Прямая поддержка программы (не более 12% от общего бюджета) |  |
| 9 | Исследования по вопросам внедрения (макс. 10% от общего бюджета)\* |  |
| 10 | Внешний мониторинг и оценка  Это значение устанавливается TB REACH и удерживается у источника | 35 000 |
| Итоговый бюджет | |  |

Если общий бюджет превышает 550 000 долларов США, должен отображаться баннер с надписью... Бюджет не может превышать 550 000 долларов США

Также должны отображаться баннеры в случае превышения лимитов в 1, 8 и 9

|  |
| --- |
| 6.4 Описание бюджета  Включите точные описания и обоснования для следующих категорий бюджета, перечисленных выше: 1, 2, 3, 4–6 (как одно описание закупки), 7, 8 и 9.  **\*Обратите внимание, что информация по статье бюджета 9 (Исследования по вопросам внедрению) должна быть доработана в заявке этапа 2**. Пункты этой статьи могут включать самостоятельные исследования по вопросам внедрения или усилия в поддержку дальнейшего анализа и распространения результатов деятельности по проектам.  Объясните основные факторы затрат в приведенном выше бюджете и то, как эти затраты связаны с запланированными мероприятиями и ожидаемыми результатами.  Не более 3000 символов (с пробелами). |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.5 Есть ли возможность софинансирования?  Возможно ли какое-либо софинансирование для поддержки реализации данного предложения?  (например, прямые отчисления из других источников, пожертвования лекарств, оборудования, персонал и т. д.)  \* **Все проекты должны получать софинансирование для диагностики или лечения в рамках «не ТБ» услуг, которые интегрированы с ТБ в предлагаемых проектах** | | | |
| [ ] Да | [ ] Нет | [ ] Не знаю |  |
| 6.6 а Если да, опишите софинансирование, которое доступно для поддержки осуществления этого предложения. Если возможно, загрузите любой подтверждающий документ на главной странице  Загрузите файлы на главную страницу и следуйте правилам именования: **Application ID#\_Co-funding**  Не более 2000 символов (с пробелами). | | | |
|  | | | |
| 6.6 б Если ответ «да», укажите сумму софинансирования и донора | | | |
|  | | | |

# Раздел 7. Перечень сокращений

|  |
| --- |
| 7.0 Сокращения  Приведите список и определения всех сокращений, используемых в вашей заявке, в алфавитном порядке. |
|  |