****

****

**SEE CHANGE : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION**

*Le formulaire de demande ne doit pas dépasser six pages*

*Ce financement vise à renforcer les capacités organisationnelles, institutionnelles et techniques des organisations de femmes, de jeunes filles et féministes* ***d'Italie, de Bosnie-Herzégovine, de Croatie, de Chypre, de France et de Grèce****, pour des projets axer sur la prévention et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles.*

*Il prévoit l'attribution de subventions allant de 10 000 à 60 000 euros sur 2 ans, La durée minimale des projets à soumettre devra être au minimum de 20 mois et maximum 24 mois.*

1. ***Information SUR L’ORGANISATION:***

**(Si le projet est mené par un consortium, les détails ci-dessous ne doivent concerner que l’association cheffe de file du consortium.)**

**Nom de l’organisation:**

**Pays/région :**

**1- Votre organisation a-t-elle un statut légal dans votre pays ?** *(Cocher la case)*

*Oui.* Non (ce financement ne concerne que les organisations légalement enregistrées)

**Date de création** :

**2- Quels sont les objectifs de votre organisation ? (300 caractères max)**

**3- Votre organisation est-elle une association de femmes ?**

Entièrement  majoritairement  Non

**Nom, âge et sexe des responsables (au moins trois) :**

**5- Comment s’effectue la prise de décision dans votre organisation (bureau, Conseil d’Administration, Assemblée Générale, etc.) ?**

**6-** **Précisez la place que les femmes occupent dans votre organisation par le :**

**-** Nombre de femmes et d’hommes salarié.e.s (s’il y en a) et bénévoles :

- Nombre de femmes participant à la prise de décision :

**7-** **Quel est le nombre d’employé.e.s dans votre organisation?:**

**8-** **Votre organisation est-elle :**

Locale Régionale Nationale Internationale

**9-** Avez-vous déjà obtenu des financements de la part de l’Union Européenne ?

*Non* Oui (veuillez indiquer l’année) :

**10**- Avez-vous déjà obtenu une allocation du FFMED?

*Non*  **Oui** (veuillez indiquer l’année) :

**11**- **Revenu total l’année dernière** (2023**) en EUR:**

**12-** **Quels sont vos principaux bailleurs (5 bailleurs max) durant les trois dernières années (public et/ou privé) :**

**13- Quelles catégories de population sont ciblées par votre travail?**

Jeunes Rurales Migrantes Non binaires, lesbiennes, transgenres Autres

**14- Votre organisation est-elle membre d’un ou de plusieurs réseaux ? Si oui, lesquels ?**

**15- Information sur la personne de contact**

*Nom et prénom :*

*Position/rôle dans l’organisation :*

*E-mail et n° de tel :*

*Nom de la deuxième personne de contact :*

*Position/rôle dans organisation :*

*E-mail et n° de tel :*

*Site web/FB de l’organisation :*

1. **Information sur le projet:**
2. **Titre du projet :**
3. **Veuillez décrire votre projet**: contexte, objectifs, bénéficiaires, (ex: précisez si vous travaillez avec des femmes rurales, femmes migrantes, la communauté LGBTQI++, jeunes femmes, femmes racisées, ou femmes en situation de handicap …) *et quel est le lien avec la lutte contre les violences basées sur le genre (1page maximum)*.
4. **Comment comptez-vous évaluer les résultats de votre projet**? (30 lignes maximum)?
5. **Quels sont les risques et/ou défis susceptibles d’entraver le déroulement et les résultats du projet,** décrivez-les et indiquez comment vous comptez y faire face.

1. **Souhaitez-vous ajouter une information que vous jugez nécessaire pour le projet ?**
2. **Veuillez expliquer les mesures, mécanismes et/ou protocoles éthiques que votre organisation met en œuvre lors d'activités ou d'interventions pour s'assurer que le bien-être des survivant.e.s est au centre des préoccupations, ainsi que pour garantir la sécurité des professionnel.le.s impliqué.e.s.** S
3. i cela ne s'applique pas, veuillez ajouter "N/A". (maximum 10 lignes)
4. **Veuillez fournir les contacts de deux autres groupes de femmes de votre communauté ou de votre pays qui connaissent bien votre travail et que nous pourrions éventuellement contacter.** Si vous avez collaboré avec ces groupes, veuillez décrire brièvement comment ?
5. **Ce projet est-**il mené par un consortium ? ☐ Non ☐ Oui

* Si oui, veuillez indiquer le nom des autres organisations, une brève présentation (max. 10 lignes) y compris les pays dans lesquels elles opèrent, leurs objectifs, leurs budgets annuels, leur rôle dans le consortium et une personne de contact pour chacune d'entre elles :

**Organisation 2 :**

**Organisation 3 :**

1. **Période du projet** (début et fin):

**C. Situation financière (en euros)**

*Veuillez remplir SVP soignesement toutes les lignes des 2 tableaux même si vous avez joint VOTE BILAN FINACIER annuels et le budget du projet dans des documents separés.*

1. **Budget de l’organisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Budget total de l’organisation :  L’année précédente (2023)  L’année en cours (2024)  L’année à venir (2025) |  |
| Coût global du projet |  |
| Somme demandée au Fonds pour les Femmes en Méditerranée (30,000 euros maximum par an, pour deux ans ) |  |

1. **Budget du projet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dépenses | Année1 | Année2 | Total | Description/commentaires |
| Salaires |  |  |  |  |
| Professionnel.l.es externes |  |  |  |  |
| Materiel |  |  |  |  |
| Restauration/nourriture, transport, coût de voyage |  |  |  |  |
| Bien-être (self-care) |  |  |  |  |
| Dépenses basiques (Location, téléphone, internet, etc.) |  |  |  |  |
| Autres (précisez) |  |  |  |  |

**L’usage des données**

Les informations fournies dans les documents seront utilisées aux fins de l'évaluation du projet, à laquelle participeront l’équipe du FFMED, ses associé.e.s et des évaluateurs.trices externes. L’organisation demandeuse est tenue d'informer toutes les personnes dont le nom ou les données personnelles sont mentionnés dans la demande. Les principales informations sur le projet et sur l'organisation bénéficiaire seront publiées sur le site web du FFMED, ainsi que sur le site web du consortium.

**VÉRIFIEZ QUE LES DOCUMENTS SUIVANTS SONT JOINTS À VOTRE DEMANDE:**

* **L’agréement de l’organisation ou preuve d’enregistrement de l’organisation**
* **Une copie des statuts de l’organisation**
* **Le rapport financier de l’année 2023**
* **Toute information complémentaire que vous jugez utile : brochures, documents, articles de presse concernant votre association.**
* **Documents/protocoles utilisés dans votre organisation pour assurer le bien-être des femmes ayant survécu à la violence, ainsi que la sécurité des professionnel.les impliqué.e.s dans le processus, si disponibles.**

*Ce programme SEE CHANGE étant co-financé par l'Union européenne, vous devez garder à l'esprit que l'autorité chargée de l'octroi, l'Office européen de lutte antifraude (OLAF), la Cour des comptes européenne (CCE), le Parquet européen (OEPP) et toute personne mandatée par eux peuvent également exercer leurs droits à l'égard des bénéficiaires de cette subvention (par exemple, contrôles, examens, visites sur place, audits, enquêtes).*

J'atteste que mon organisation s'engage à respecter les valeurs de l'UE (dignité humaine, liberté, démocratie, égalité, État de droit et droits de l'Homme) inscrites à l'article 2 du traité sur l'Union européenne (TUE) et dans la Charte des droits fondamentaux de l'UE.

*Lieu et date ………………………………*

*Signature…………………………………*

**Envoyez le formulaire de candidature dûment rempli à requestseechange@medwomensfund.org**