

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE APOIO A PROJETOS**

## XX CONCURSO



## PARTE I - DADOS GERAIS (1 cópia)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **No.** (para uso interno do Fundo) |
| **NOME DO PROJETO:** |
| **NOME COMPLETO DA ORGANIZAÇÃO OU DO GRUPO:** |
| **ENDEREÇO COMPLETO DA ORGANIZAÇÃO / GRUPO (OU DA RESPONSÁVEL PELO PROJETO):** |
| **BAIRRO:** | **MUNICÍPIO:** | **UF:** | **CEP:** |
| **TELEFONE FIXO:** | **FAX:** | **TELEFONE CELULAR:** |
| **E-MAIL:** | **SITE:** |
| **NOME DA RESPONSÁVEL /COORDENADORA DO PROJETO:** |
| **CARGO/PAPEL/FUNÇÃO DA COORDENADORA DO PROJETO NA ORGANIZAÇÃO/GRUPO:** |
| **TELEFONE(S):** | **E-MAIL:** |

**PARTE II - DADOS DA ORGANIZAÇÃO OU DO GRUPO (1 cópia)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ano em que o Grupo começou a atuar ou a Organização foi criada: |  | No. do CNPJ (se for o caso) |  |
| Com quantas mulheres começou? |  | Quantas mulheres participam atualmente? |  |

**Caracterização da Organização:**

Cooperativa ( ) Associação ( ) ONG ( ) Grupo Informal-sem CNPJ ( )

Caixa Escolar ( ) Associação de Pais e Mestres-APM ( )

Outro (qual?)

**A sua associação é uma organização representante de escola pública?**

( ) SIM

( ) NÃO

**A sua associação/organização ou seu grupo já desenvolveu ação/projeto na temática de gênero/feminismo? Descreva brevemente.**

**Na sua equipe tem alguém com experiência na temática de gênero? Identifique a pessoa e descreva a experiência.**

**A sua organização/grupo se considera feminista?**

( ) Sim, somos uma organização/grupo feminista

( ) Não somos uma organização/grupo feminista

**A sua associação/organização ou seu grupo já desenvolveu ação/projeto na temática de educação? Descreva sua experiência.**

**Há quanto tempo seu grupo/organização trabalha com a temática de educação?**

**Realiza um serviço ou confecciona algum produto para a comunidade (ou para fora dela):**

**Estrutura do Grupo ou Organização:**

Coordenadora/Diretora/Secretária Executiva ( )

Assembleia ( ) Associadas ( ) Conselho ( )

Funciona em Espaço: Próprio ( ) Alugado ( ) Emprestado ( )

|  |
| --- |
| **COM QUAL OBJETIVO A ORGANIZAÇÃO OU O GRUPO FOI CRIADO? CONTE UM POUCO DA HISTÓRIA DO SEU GRUPO.** (se precisar aumente o espaço) |
| **QUEM TOMA AS DECISÕES NA ORGANIZAÇÃO OU NO GRUPO?** |

**Enumere no quadro abaixo as atividades ou projetos de educação e/ou de gênero que considerar mais importantes que o Grupo ou a Organização realizou nos últimos dois anos, começando pelas mais recentes:** (coloque quantas forem necessárias)

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **ATIVIDADES MAIS IMPORTANTES NOS ÚLTIMOS 2 ANOS** |
| **1** | **1** |
| **2** | **2** |
| **3** | **3** |
| **PARTICIPAM DE ALGUMA REDE (FORMAL OU INFORMAL) DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES? SE SIM, QUAL?****DÊ A REFERÊNCIA DE PELO MENOS DUAS ORGANIZAÇÕES(NÃO PODE SER PESSOA FÍSICA) QUE CONHEÇAM O TRABALHO DO GRUPO OU DA ORGANIZAÇÃO (NOME DE CONTATO, TELEFONES, E-MAIL).** |

**SITUAÇÃO FINANCEIRA DO GRUPO OU ORGANIZAÇÃO:**

O Fundo ELAS precisa conhecer melhor as necessidades de recursos econômicos dos grupos ou organizações de mulheres e como esses recursos são aplicados. Quais têm sido seus principais financiadores nos últimos dois anos? (assinale as opções)

|  |
| --- |
| **A) ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS:**Fundos de Mulheres ( ) Órgãos Multilaterais (ex: ONU Mulheres, UNICEF) ( )Fundações Privadas ( ) Empresas ( ) ONG’s ( ) |
| **B) ORGANIZAÇÕES NACIONAIS:**ONG’s ( ) Empresas ( ) Fundações (Institutos) Privadas ( )Fundos independentes (de mulheres, de direitos humanos etc) ( )Governos:Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) |
| **C) OUTROS:**Venda de serviços ou produtos ( ) Doadores Individuais (pessoas físicas) ( )Eventos ou campanhas de arrecadações de recursos (Almoços, festas, rifas, sorteios) ( ) |
| **LISTE AS PRINCIPAIS FONTES DE FINANCIAMENTO NO ANO ANTERIOR (NOME DA ENTIDADE E VALOR APROXIMADO):****QUANTO EM TOTAL À ORGANIZAÇÃO OU O GRUPO GASTOU PARA SUAS ATIVIDADES NO ANO ANTERIOR (EM MÉDIA)?** |

**PARTE III - DADOS DO PROJETO (3 cópias)**

|  |
| --- |
| **1. NOME DO PROJETO** (o mesmo da parte I ) |
| **2. DURAÇÃO DO PROJETO EM MESES** (até 12 meses) |
| **3. ÁREA DO PROJETO:****EDUCAÇÃO E EQUIDADE DE GÊNERO**Boas práticas escolares e parcerias ( )Capacitação e formação ( )Comunicação ( )Informação ( )Realização de eventos ( ) |
| **4. FAÇA UMA BREVE DESCRIÇÃO DO SEU PROJETO. Não deixe de mencionar aqui qual o objetivo do projeto, sua metodologia e como este pode contribuir para maior inserção de meninas nas Ciências exatas, naturais e tecnologias? Descreva também como será a parceria com a escola na execução do projeto?** (se precisar aumente o espaço) |
| **5. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PROJETO** (coloque quantas forem necessárias) |
| 12345 |
| **6. RESULTADOS concretos que pensam conseguir com o projeto?** (coloque quantos forem necessários) |
| ●●●● |
| **7. BENEFICIÁRIAS/ PÚBLICO-ALVO:** (Seu projeto é voltado a algum grupo específico? Qual?) |
| **a. Nº de envolvidas(os) diretas(os)**MulheresAdultas: Jovens: Meninas: TOTAL:HomensAdultos: Jovens: Meninos: TOTAL: |
| **b. Envolvidas (os) indiretas (os)**Família: Amigas/os: Comunidade: TOTAL: |
| **8. LOCAL ONDE O PROJETO VAI SER DESENVOLVIDO:** |
| Bairro: |
| Município: |
| Estado: |
| **9. PARCERIAS DO PROJETO:** |
| Redes de Mulheres ( ) Outras Redes ( )ONG’s de Mulheres ( ) Outras ONG’s ( ) Outras instituições ( )Empresas ( ) Fundações/Institutos Privadas ( )Governos:Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) |
| **10. PARCERIAS COM A ESCOLA:** |
| Nome da escola: |
| Número do INEP: |
| Endereço completo: |
| Telefones: | E-mail(s): |
| Gestor/a escolar: |
| Pessoa de contato na escola: |
| Telefone(s): | E-mail(s): |

**OBSERVAÇÃO: A carta de parceria com a escola, assinada pela gestão escolar, deve ser anexada a este formulário.**

**11. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADES** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Coloque quantas linhas forem necessárias

**12. ORÇAMENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Atividade a que se refere o gasto | Item | Recurso próprio ou de outros (R$) | Recurso solicitado (R$) | TOTAL (R$) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL (R$)** |  |  |  |

Coloque quantas linhas forem necessárias