|  |
| --- |
| 项目编号 |
| 自动生成 |

2021-2022年社会组织参与艾滋病防治基金项目

(预防艾滋病母婴传播专项)申请书

|  |  |
| --- | --- |
| 申请项目名称 | （直接申请的社会组织或联合培育基地申请的社会组织名称+目标人群+项目内容概述，如“XXX（社会组织）预防艾滋病母婴传播项目”） |
| 活动领域 | 预防艾滋病母婴传播 |
| 申请经费金额 | 2021年（预算自动生成大写）万元（￥）2022年（预算自动生成大写）万元（￥）总额（预算自动生成大写）万元（￥） |
| 申请机构名称 | 系统自动生成 |
| 申请机构类别  | 请在选项前“⃞”打“√”⃞ 民政部登记的全国性社会组织 ⃞ 省级及省级以下民政部门登记社会组织⃞ 社会组织培育基地 |
| 申请机构信息 | 系统自动生成申请机构联系人电话、手机、通信地址和邮编 |
| 联合申请的社会组织信息 | 系统自动生成未登记社会组织全称、联系人的电话及具体的通信地址和邮编 |
| 属地妇幼机构信息 |  省（区/市） 市（地） 县（区）妇幼机构 |

填报日期：2020年 月 日

填表说明

1. 凡是申请社会组织参与艾滋病防治基金的社会组织，均需要完整填写本申请书，填写前请仔细阅读填表说明。
2. 该项目申请书是各级妇幼保健机构审核、项目初审及专家评审的重要依据, 必须实事求是，逐条认真填写，保证信息的真实性和严肃性。如果申请书的填写有遗漏信息，将视为无效申请。如果发现申请书有不实之处，将视为无效申请，并终止对项目的资助。
3. 项目组主要成员应是在项目活动设计、实施、完成起重要作用的人员。
4. 背景分析信息是专家评审、项目立项主要依据，请全面准确地描述。预期目标明确，活动内容详细。
5. 申请书中第一次出现外来语要用中文进行说明，第一次出现缩写词，要标注全称和中文。各栏空格不够可自行添加。
6. 申请书及其附件需要盖章/签名，在规定时间内寄送社会组织防艾基金办（邮寄地址：北京市朝阳区潘家园华威里25号5005房间）。

1. 基本信息

1.1 项目名称

|  |
| --- |
| （自动生成与封面的项目名称保持一致） |

1.2 项目实施地区

|  |
| --- |
| XXX省（区、市）XXX地区XXX市（县）XXX区（乡镇） |

1.3 申请机构项目组主要成员（表格可自行添加）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 专职/兼职 | 联系电话 | 身份证号 | 项目分工（可多选、加其他） |
| 1 |  | 专职/兼职请选择一种 |  |  | 本项目中承担的工作 |
| 2 |  |  |  |  | 整体负责、具体实施、财务管理、督导评估、技术指导、日常管理、信息报送、其他 |

1.4 与培育基地联合申请的社会组织项目组主要成员（表格可自行添加）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 专职/兼职 | 联系电话 | 身份证号 | 项目分工（可多选、加其他） |
| 1 |  | 专职/兼职请选择一种 |  |  | 本项目中承担的工作 |
| 2 |  |  |  |  | 整体负责、具体实施、财务管理、督导评估、技术指导、日常管理、信息报送、其他 |

2 详细内容

2.1 背景分析

|  |
| --- |
| 背景与意义：以下内容将作为评审时的主要立项依据，请认真仔细填写。 |
| * 当地艾滋病估计数人，报告数人，其中女性感染者人
* 疫情特点
* 目标人群（育龄妇女、孕产妇、女性感染者、孕产妇感染者）估计数人，服务覆盖人数人。
 |
| 1. “当地艾滋病估计数”是指：2019年艾滋病感染者/病人估计数，若无2019年数据，则填写最近一年的数据并对时间进行括号标注。2. “报告数”是指2019年底，当地累计报告的现存活HIV/AIDS人数。3. “目标人群估计数”是指：指社会组织能接触到的育龄妇女、HIV阳性孕妇及所生儿童人数，2019年当地目标人群估计数，若无2019年数据，则填写最近一年的数据并对时间进行括号标注。若无数据填”X”。 |
| 项目具体活动地点信息： |
| 1.地点名称：，详细地址：2.地点名称：，详细地址：3.地点名称：，详细地址：（自行添加） |

2.2 项目目标

2021年

|  |  |
| --- | --- |
| 项目目标 | **育龄妇女干预 ：**1. 动员干预检测育龄妇女人数\_\_\_\_\_\_\_\_\_。
2. 动员育龄妇女孕早期HIV抗体检测人数\_\_\_\_\_\_\_\_。
3. 孕早期孕妇阳性转介治疗服务人数\_\_\_\_\_\_\_。
4. 孕中期孕妇阳性转介治疗服务人数。
5. 单阳家庭育龄妇女持续阴性干预服务人数。

**HIV阳性孕妇及新生儿随访管理及关怀救助：**1. HIV阳性孕妇关怀服务人数。
2. HIV阳性孕妇所生新生儿关怀服务人数.
3. HIV阳性孕妇艾滋病母婴传播阻断成功人数。

（如无此类服务，可将该项目目标人数填为“0”） |

上述目标可根据实际工作情况多项选择。

2022年

|  |  |
| --- | --- |
| 项目目标 | **育龄妇女干预 ：**1. 动员干预检测育龄妇女人数\_\_\_\_\_\_\_\_\_。
2. 动员育龄妇女孕早期HIV抗体检测人数\_\_\_\_\_\_\_\_。
3. 孕早期孕妇阳性转介治疗服务人数\_\_\_\_\_\_\_。
4. 孕中期孕妇阳性转介治疗服务人数。
5. 单阳家庭育龄妇女持续阴性干预服务人数。

**HIV阳性孕妇及新生儿随访管理及关怀救助：**1. HIV阳性孕妇关怀服务人数。
2. HIV阳性孕妇所生新生儿关怀服务人数.
3. HIV阳性孕妇艾滋病母婴传播阻断成功人数。

（如无此类服务，可将该项目目标人数填为“0”） |

上述目标可根据实际工作情况多项选择。

2.3项目活动

2021年

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 活动名称 | 活动内容（详细描述活动的具体内容、步骤和重点，包括方式、地点，参加人数、持续时间和产出） | 时间 |
| 1 |  | 参与对象：参加人数：活动天数：活动主要内容： | 月--月 |
| 2 | （表格可自行添加） |  |  |
| 3 | （表格可自行添加） |  |  |

2022年

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 活动名称 | 活动内容（详细描述活动的具体内容、活动方式、对象、规模和产出） | 时间 |
| 1 |  | 参与对象：参加人数：活动天数：活动主要内容： | 月--月 |
| 2 | （表格可自行添加） |  |  |
| 3 | （表格可自行添加） |  |  |

2.4项目风险分析及应对

|  |
| --- |
| *项目执行过程中可能存在哪些风险，列出避免和解决风险的有效措施。* |
| 举例：项目质量管理、目标人群流动、工作人员及志愿者流失、信息泄露等。 |

3.机构情况

(由直接申请项目的社会组织或与培育基地联合申请的社会组织填写)

3.1机构成立时间

|  |
| --- |
| 成立时间： 年 月  |

3.2 机构主要服务人群

|  |
| --- |
|  |

3.3 机构工作人员基本情况

|  |
| --- |
| 专职工作人员（）人；兼职人员（）人；志愿者：（）人 |

3.4机构近年开展的主要艾滋病防治及预防母婴传播工作情况（包括正在开展的活动）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 活动名称 | 经费来源 | 经费额度 | 起止日期 | 目标人群 | 工作指标数 | 指标完成情况 | 开展的主要情况（简述） |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 填写开展的主要活动及取得的主要结果 |
|  | 表格可追加 |  |  |  |  |  |  |  |

4.票据信息

(民政登记的社会组织或培育基地填写)

|  |  |
| --- | --- |
| 可提供票据类型优先选择 | □税控发票□行政事业往来票据 |
| 可提供票据类型选择2 | □税控发票□行政事业往来票据 |

5.社会组织人员信息

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目负责人 | 姓名或工作名 | 手机：邮箱： |
| 项目联系人 | 姓名或工作名 | 手机：邮箱： |
| 机构负责人 | 姓名或工作名 | 电话：邮箱： |

6.培育基地人员信息

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目负责人 | 姓名或工作名 | 手机：邮箱： |
| 项目联系人 | 姓名或工作名 | 手机：邮箱： |

7.申请机构承诺书

我单位保证申报的项目遵守我国相关的法律法规，符合民政部门对社会组织管理的相关要求，申报材料真实、准确、合法、有效。如果获得资助，我们将严格遵守社会组织参与艾滋病防治基金项目的有关规定，制定项目实施方案，按“社会组织参与艾滋病防治基金项目合同”认真开展工作，按时报送有关材料，接受项目监管、审计、评估。我单位对上述过程中所出现的问题承担责任。

法定代表人或委托代表签字（单位盖章）：

年月日

8.属地妇幼保健机构审核意见

法定代表人或委托代表签字（单位盖章）：

年 月 日

9.属地以上、省级以下妇幼保健机构审核意见

法定代表人或委托代表签字（单位盖章）：

年 月 日

10.省级妇幼保健机构审核意见

法定代表人或委托代表签字（单位盖章）：

年 月 日