**КОНКУРС**

**в рамках проектов «Mitigating the impact of COVID-19 on HIV programs» и SOS 2.0**

**ФОРМА ЗАЯВКИ**

**для получения финансирования на проведение анализа каскада услуг по ВИЧ для МСМ**

**1. Контактная информация об организации**

|  |  |
| --- | --- |
| Название организации |  |
| Контактное лицо организации-заявителя (координатор/ка проекта) | ***Ф.И.О.***  |  |
| ***Эл. почта*** |  |
| ***skype*** |  |
| ***Мобильный телефон***  |  |
| **Адрес организации** | *Страна, город, фактическое местонахождение* |  |
| **Электронная почта** |  | **Интернет-страница** |  |
| **Руководитель организации** |  |

**2. Опишите проблему, на решение которой будет направлен анализ каскада**

**3. Опишите имеющийся опыт адвокации, в которой использовались данные каскада (если имеется)**

**4. Опишите планы по использованию данных каскада в будущей адвокации**

**5. Ожидаемые результаты**