**Formulaire de demande de fonds**

1. **Veuillez fournir les informations suivantes sur votre organisation :**

Nom de l'organisation :

Pays :

Adresse de l'organisation (nom de la rue (et numéro de bâtiment le cas échéant), code postal, ville, pays):

Statut :

ONG internationale

ONG nationale

Autre (renseigner) :

Nom du point focal :

Fonction :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone :

Site internet de l’organisation (si disponible) :

1. **Votre organisation est-elle certifiée par la DG ECHO\* ?**

Oui

Non

Je ne suis pas sûr.e

*\* Cliquez* [*ici*](https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/partnerships/humanitarian-partners_en) *pour consulter la liste des organismes certifiés par DG ECHO.*

1. **Faites-vous la demande pour :**

☐ Un.e ou des individu.e.s affilié.e.s à votre organisation

☐ Un.e ou des individu.e.s affilié.e.s à une organisation partenaire

**3.1. Organisation partenaire impactée par l'incident (si différent):**

Nom de l'organisation :

Pays :

Adresse de l'organisation (nom de la rue (et numéro de bâtiment le cas échéant), code postal, ville, pays):

Statut :

ONG internationale

ONG nationale

Autre (renseigner) :

Nom du point focal :

Fonction :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone :

Site internet de l’organisation (si disponible) :

**3.2. Cette organisation est-elle un partenaire avec lequel vous collaborez actuellement ?**

Oui, partenaire actuel

Non, mais dans le passé

Non, jamais

**3.3. Avez-vous effectué une vérification du partenaire par rapport aux listes pertinentes de sanctions/parties exclues ?**

Oui

Non

**3.4. Le mandat de l'organisation partenaire est-il aligné avec le respect des principes humanitaires ?**

Oui

Non

1. **S'agit-il d'une demande d'urgence ?**

*Ne répondez « oui » que si l'approbation rapide de la subvention est essentielle pour préserver le bien-être et la sécurité du personnel concerné ou pour apporter un soutien immédiat après un incident grave.*

Oui[[1]](#footnote-2)

Non

1. **Localisation de l'incident :**

* **Pays:**
* **Zone (veuillez préciser la région et la ville si l'information est disponible):**

1. **Informations sur la personne concernée (veuillez dupliquer autant que nécessaire si plusieurs membres du personnel seraient concernés) :**

* **Prénom :**
* **Nom de famille :**
* **Genre :**

Femme

Homme

Autre

* **Age :**
* **Handicap connu (avant ou après l’incident):**

Oui

Non

Je ne suis pas sûr.e

* **Pays de nationalité :**
* **Poste occupé :**
* **Type de contrat :**

☐ National

☐ International

* **Type de contrat:**

☐ Employé.e

☐ Volontaire

☐ Prestataire

☐ Autre (spécifier) :

* **Demandez-vous un soutien aux proches du travailleur humanitaire ?**

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir indiquer si possible : nombre de personnes, âge, sexe, lien familial avec le travailleur humanitaire

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Genre** | **Age** | **Handicap (oui / non / je ne sais pas)** | **Nationalité** | **Travailleur humanitaire / lien de parenté avec le travailleur humanitaire** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

1. **Type d'incident (vous pouvez cocher plusieurs cases) :**

Violence

Arrestation/détention/action en justice

Kidnapping

Menaces

Autre :

1. **Veuillez fournir une brève description de l’incident ou du risque immédiat auquel l'individu est confronté, ainsi que la date. Veuillez souligner le lien entre l’incident et le statut ou l’activité de l'individu. Si disponible, joindre le rapport d'incident interne ou tout autre document pertinent justifiant la demande.**
2. **Types de réponses souhaitées (plusieurs réponses possibles)**

Relocalisation

Soins médicaux

Soutien psychologique

Aide juridique (avocat, caution, frais juridiques)

Couverture salariale (lorsque le personnel est indisposé, relocalisé, kidnappé, etc.)

Soutien matériel au personnel à la suite d'un incident (pour couvrir les dommages, par exemple)

Soutien financier et matériel à la famille en cas de décès, d'enlèvement ou d'invalidité de longue durée

Autre :

1. **Veuillez expliquer le type de soutien (services, indemnités, etc.) qui sera fourni à la ou aux personnes et comment elles y accéderont :**
2. **Veuillez fournir un budget avec une ventilation des coûts et une brève description. Merci d’utiliser le modèle Excel fourni.**

* *Veuillez noter que le budget maximum est de 10 000 euros.*
* *Veuillez utiliser la devise EURO et le taux de change mensuel* [*InforEuro*](https://commission.europa.eu/funding-tenders/procedures-guidelines-tenders/information-contractors-and-beneficiaries/exchange-rate-inforeuro_en) *correspondant au mois de la demande.*
* *Vous pouvez inclure les coûts liés à la réception des fonds (transport, frais...).*
* *Veuillez détailler le calcul des coûts dans la colonne « Commentaires ».*
* *Veuillez indiquer dans la colonne « Commentaires » si les coûts correspondent à des remboursements (déjà encourus) ou à des coûts futurs. Veuillez joindre les devis, factures et reçus disponibles.*

1. **Quelle est la durée demandée de la subvention (nombre de mois) ?**
2. **Votre organisation a-t-elle déjà fourni un soutien financier ou matériel à l'individu par le biais d'une police d'assurance, de fonds propres ou de tout autre dispositif?**

☐ Oui

☐ Non

Si oui, merci de détailler :

☐ **En cochant cette case, je certifie que les coûts inclus dans le budget ne sont couverts par aucune assurance.**

1. **Comment avez-vous eu connaissance de Protect Aid Workers ?**
2. **Reconnaissance de l'avis de confidentialité**

En remplissant cette section du formulaire de demande :

Je confirme avoir lu, compris et accepté la [politique de Protect Aid Workers en matière de protection de la vie privée et des données](https://protectaidworkers.org/fr/politique-de-confidentialite/).

J'accepte le traitement de mes données aux fins de la présente demande, conformément à la [politique de Protect Aid Workers en matière de protection de la vie privée et des données](https://protectaidworkers.org/fr/politique-de-confidentialite/).

**Merci d’envoyer ce formulaire à :** [**hotline@protectaidworkers.org**](mailto:hotline@protectaidworkers.org)

**Documents justificatifs**

Pour toutes les organisations :

* Un rapport d'incident et/ou tout autre document attestant que l'incident a eu lieu.
* Les contrats de travail ou autres documents démontrant le lien entre le travailleur humanitaire et l'organisation. Si aucun contrat de travail officiel n'est disponible, d'autres types de documents peuvent être acceptés (par exemple, une liste de volontaires, une fiche de paie, etc.)
* Un certificat de décès pour les cas de personnes décédées. Si elle n'est pas disponible, une déclaration sur l'honneur de l'ONG.
* Une preuve de lien de parenté (par exemple, livret de famille...) lorsque des membres de la famille sont des bénéficiaires directs. Si elle n'est pas disponible, une déclaration sur l'honneur de l'ONG.
* Les nouveaux partenaires doivent fournir des informations détaillées sur leur conseil d'administration (nom, prénom, date de naissance, pays de naissance) afin de permettre à l'équipe de Protect Aid Workers d’effectuer un filtrage de conformité via le logiciel [Bridger](https://risk.lexisnexis.com/products/bridger-insight-xg).
* Les coordonnées bancaires de l'organisation, y compris l'adresse de la banque, signées et tamponnées par le.a directeur.trice autorisé.e.

Les organisations qui ne sont pas certifiées par la DG ECHO doivent également fournir :

* Leur certificat d'enregistrement
* Une lettre de recommandation signée par un responsable d'une organisation certifiée par la DG ECHO, d'une agence des Nations unies ou d'un forum national d'ONG.
* Les factures et les reçus de paiement pour les demandes de remboursement.

1. Veuillez répondre oui uniquement si l'approbation d'une subvention dans les 48 heures est essentielle pour garantir le bien-être et la sécurité du personnel concerné. [↑](#footnote-ref-2)