Programme de Financement des Microprojets
B.P. 817 Yaoundé, Cameroun

Fonds pour les Microprojets PEPFAR
Demande de financement

Le Formulaire de demande de financement au titre du Fonds pour le Fonds pour les Microprojets PEPFAR est GRATUIT. L'Ambassade des États-Unis NE DEMANDE PAS LES FRAIS D'ETUDE DE DOSSIERS.

Référence #: AFYDE-PSG-GR-POLECON-2018

Date: _____

1. INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION (Joindre le document de légalisation et le statut)	
1.1 Contacts de l'Organisation	
Nom de l'organisation :	
Type d'organisation (cocher la case qui correspond):	☐ **CIG** ☐ **Association** ☐ **ONG** ☐ **Organisation de Santé** ☐ **Organisation Educative** ☐ **Autre (préciser)_____**
Nom du Président /Délégué	**Prénom:** **Nom:**
Adresse ou BP:	
Téléphone:	
E-mail (obligatoire):	
1.2 Chef de Projet (s'il y'en a)/Autre Contact dans l'Organisation (différent de celui au 1.1)	
Nom:	**Prénom:** **Nom:**
Titre:	
Adresse ou BP:	
Téléphone:	
E-mail (obligatoire):	
1.3 Description de l'Organisation	
Date de légalisation de votre organisation (Joindre le document de légalisation)	
Nombre de membres	
Fréquence des réunions	
Mode de fonctionnement	
Activités principales	

2. EXPERIENCE DE L'ORGANISATION

2.1 Projets de développement déjà réalisés par l'organisation (citez un projet de VIH/SIDA, s'il y'en a)

Projet 1	**Titre:**	
	Type:	
	Donateur:	
	Montant:	**Contribution du donateur =** **Apport de l'organisation =** **Montant total du projet =**
	Année	
Projet 2	**Titre:**	
	Type:	
	Donateur:	
	Montant:	**Contribution du donateur =** **Apport de l'organisation =** **Montant total du projet =**
	Année	

2.2 Reference (citez deux personnes physiques ou morales qui connaissent votre organisme, mais qui n'en font pas parties, et que nous pouvons contacter)

Nom	**Organisation & Titre**	**Contact** (téléphone et E-mail)

3. INFORMATIONS SUR LE PROJECT

3.1 Résumé Exécutif

3.2 Identification du Projet

Titre du projet:	
Type du projet:	☐ **VIH/SIDA** ☐ **Autres maladies** ☐ **Equipement** ☐ **Construction** ☐ **Réhabilitation** ☐ **Enfants (préciser)_____**
Citer les produits du projet : (Ex : équipement, formations, ateliers, campagnes de sensibilisation, etc.)	**1.** **2.** **3.**
District de Santé cible	☐ **Yaounde** ☐ **Douala** ☐**Préciser le district_____**

3.3 Localisation du projet	
Village ou Quartier:	
Arrondissement:	
Département:	
Région:	

NB: Tout projet retenu sera visité avant la décision finale. Veuillez joindre un plan de localisation ou indiquer comment retrouver le site de votre projet.

3.4 Description du Projet (Joindre la matrice du Cadre Logique)
3.4.1 Nombre de Bénéficiaires
Hommes_____ Femmes_____ Garçons _____ Filles_____ **Total** _____
3.4.2 Contexte du projet
3.4.3 Justification du Projet *(pourquoi le projet est-il nécessaire?)*
3.4.4 Objectifs du Projet *(objectifs général et spécifiques)*
3.4.5 Résultats du Projet *(Donner les résultats et dire comment ils seront mesurés)*
Extrants:
Intrants:
3.4.6 Activités Principales du Projet *(pour l'équipement, joindre trois factures proformas parmi lesquels au moins un fournisseur américain qui vend les équipements médicaux au Cameroun)*
3.4.7 Impact du Projet *(Décrire la situation nouvelle qui résultera de la mise en œuvre du projet. Identifier les indicateurs de rendement qui seront utilisés)*

Impact :
Indicateurs de Rendement/Réussite:
3.4.8 Suivi et Evaluation du Projet *(Quel est le plan d'évaluation ? Décrire brièvement le plan et dites si* vous avez *l'intention d'engager un évaluateur externe.)*
3.4.9 Risques du Projet *(Identifier les hypothèses et risques du projet, et décrire brièvement leur gestion)*
3.4.10 Mécanisme de Durabilité du Projet *(Décrire aussi comment les équipements seront entretenus)*
3.4.11 Chronogramme des Activités *(Quelle est la durée du projet ? Joindre un chronogramme des activités selon le Modèle B en Annexe)*
3.5 Budget du Projet
3.5.1 Données financières générales du projet *(veuillez joindre un budget ou un devis détaillé à votre demande. Pour l'achat de matériel, joindre les factures pro forma provenant d'au moins deux sources différentes).*

Coût total du projet? En FCFA	
Combien avez-vous déjà mobilisé pour ce projet et combien avez-vous déjà utilisé? En FCFA:	**Montant mobilisé :**
	Montant utilisé :
Quelle est la provenance de ces fonds?	
Contribution supplémentaire de votre organisation?	
D'autres ambassades, bailleurs de fonds ou organismes publics contribuent-ils pour le	☐ **Oui** ☐ **Non**

projet ?	**Si oui, préciser**:
3.5.2 Montant Sollicité de l'Ambassade	
Quel financement sollicitez-vous de l'Ambassade des États-Unis?	**FCFA**:
Comment seront utilisés ces fonds?	Joindre un budget détaillé (voir modèle A)

_____
Signature du Président/Délégué

Nom:

Titre:

Date:

_____
Signature de l'Autorité Médicale Locale

Nom: _____

Titre: _____

Date: _____

Liste de vérification à l'intention du postulant

- Prévoir un budget sur le Modèle A de la page suivante.
- Prévoir un chronogramme des activités suivant le Modèle B de la page suivante.
- Joindre le cadre logique d'intervention.
- Joindre les photos de la formation sanitaire cible.
- Joindre un plan de situation ou préciser comment retrouver le site du projet.
- S'assurer que l'adresse postale actuelle, le numéro de téléphone et l'adresse électronique sont indiqués le cas échéant.
- Signer la demande.
- Conserver une copie de la demande et de toutes les pièces justificatives.
- Eviter de joindre des pièces non requises dans la procédure.
- Transmettre l'original du formulaire dûment rempli à l'Ambassade des États-Unis.

Le Formulaire de demande de financement des Fonds pour les Microprojets PEPFAR est GRATUIT. L'Ambassade des États-Unis NE DEMANDE PAS LES FRAIS D'ETUDE DE DOSSIERS.

Modèle A: Budget
Le budget doit être indiqué en monnaie locale (francs CFA). Il doit notamment inclure des notes expliquant les coûts indiqués dans chaque rubrique ainsi que tous autres renseignements pertinents à l'appui de la demande. Il doit être en rapport direct avec les activités décrites dans la proposition. Toutes les propositions doivent suivre le modèle de présentation ci-après.

BUDGET DETAILLE: Utiliser la feuille de calcul Excel

Date:

Name of organization:

Phases	Désignation	Ambassade des USA (FCFA)	Contribution de l'Organisation	Autres Donateurs (s'il y'en a)	Total
Phase 1	Activité 1	500,000	-	-	500,000
	Activité 2	-	350,000	-	350,000
	Activité 3	190,000	60,000	-	250,000
	Sous-total phase 1	***690,000***	***410,000***	***-***	***1,100,000***
Phase 2	Activité 4	900,000	-	-	900,000
	Activité 5	-	300,000	-	300,000
	Activité 6	300,000	-	-	300,000
	Activité 7	120,000	60,000	-	180,000
	Activité 8	320,000	-	-	320,000
	Activité 9	300,000	-	-	300,000
	Sous-total phase 2	***1,940,000***	***360,000***	***-***	***2,300,000***
Phase 3	Activité 10	100,000	-	-	100,000
	Activité 11	100,000	200,000	-	300,000
	Rapport final	-	200,000	-	200,000
	Sous-total phase 3	***200,000***	***400,000***	***-***	***600,000***
	Grand Total	**2,830,000**	**1,170,000**	**-**	**4,000,000**

NB:
- **Citer l'activité**
- **7% du budget est autorisé pour le suivi/monitoring du projet**

Modèle B: Chronogramme des activités

Toutes les propositions doivent suivre le modèle de chronogramme ci-après.

Activités du projet	**Juillet 2017 – Juin 2018**											
	Juil	**Août**	**Sept**	**Oct**	**Nov**	**Dec**	**Jan**	**Fév**	**Mars**	**Avr**	**Mai**	**Juin**
Phase I												
Activité 1	X											
Activité 2 et 3		X	X									
Phase II												
Activité 4				X	X	X						
Activité 5 et 6							X	X				
Activité 7 et 8								X				
Activité 9												
Phase III												
Activité 10									X	X		
Activité 11											X	
Rédaction du rapport final												X
Evaluation												X