

**FDI Smile Grant 2024**

# Formulario de solicitud

**Plazo límite 01 de Febrero de 2024**

**Criterios de elegibilidad**

**Cualquier miembro regular o asociado de la FDI es elegible para realizar una solicitud.** La FDI Smile Grant no está diseñada para apoyar nuevos proyectos. Sólo recompensa a los proyectos activos que se han puesto en marcha durante al menos un año y que continuarán durante al menos un año más.

Las solicitudes elegibles pueden abordar cualquier problema o enfermedad bucodental, con un fuerte enfoque en:

* Los resultados educativos y de prevención previstos en el proyecto
* Alcance del proyecto y beneficios para la comunidad
* Participación de los principales interesados
* Resultados sostenibles

Todos los proyectos deben ser financiados por una asociación dental nacional y/o otra organización/institución, gobierno y/o Colgate. Proyectos financiados por otro socio corporativo de la FDI no son elegibles.

Los formularios de solicitud debidamente completados, deben ser enviados a nnoestfowler@fdiworlddental.org

# Sección A: Acerca del Solicitante

## Nombre de la Asociación Dental Nacional afiliada con el proyecto

**Estado de la membresía de la FDI**

Regular member Associate member

**Persona principal de contacto** (responsable de dirigir el proyecto)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **CARGO EN LA ORGANIZACION** |  |
| **DIRECCION** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

# Sección B: Acerca del proyecto

## Descripción general

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO DEL PROYECTO** |  |
| **UBICACION** |  |
| **MARCO DE TIEMPO DEL PROYECTO**dd/mm/aaaa- dd/mm/aaaa |  |
| **ANTECEDENTES**Proporcione información relevante sobre el área/problema y una revisión relevante de la literatura, máximo 500 palabras |  |
| **POBLACION COMPRENDIDA EN EL PROYECTO**Describa cuantitativa y cualitativamente el objetivo de su proyecto, máximo 500 palabras |  |
| **OBJETIVO DEL PROYECTO**Máximo 50 palabras |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Objetivos específicos** | **Alcance del proyecto** | **Actividades relacionadas y metodología empleada** | **Plazos de implementación** |  |
| **A** |  |
| **B** |  |
| **C** |  |
| **D** |  |
| **E** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Recursos humanos involucrados** | **Participación de la comunidad (por ejemplo, voluntarios)** | **Infraestructura utilizada (por ejemplo, clínica, escuela, hospital)** | **Cuestiones ambientales** | **Resultados esperados** | **Metodología de evaluación** |
| **A** |
| **B** |
| **C** |
| **D** |
| **E** |
|  |  |

**Análisis principal**

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Enumere los objetivos específicos de su proyecto en cinco viñetas y proporcione una narración que describa el alcance del proyecto, las actividades relacionadas y la metodología empleada para lograr los objetivos del proyecto

**METODOLOGIA POR OBJETIVO**

Por favor, describa los componentes innovadores y sostenibles de su proyecto. Su solicitud será evaluada de acuerdo a ambos componentes.

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPONENTES INNOVADORES Y SOSTENIBLES**Destaque los aspectos innovadores y sostenibles de la extensión a la comunidad de su proyecto en términos de metodología, justificación o alcance |  |

# Sección C: Equipo principal del proyecto

## Identifique a todos los involucrados en la ejecución del proyecto, por ejemplo, organizaciones sin fines de lucro, gobiernos/ministerios, asociaciones profesionales, Colgate.

## Miembro 1

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **ORGANIZACION** |  |
| **ROL Y RESPONSABILIDADES** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Miembro 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **ORGANIZACION** |  |
| **ROL Y RESPONSABILIDADES** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Miembro 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **ORGANIZACION** |  |
| **ROL Y RESPONSABILIDADES** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Miembro 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **ORGANIZACION** |  |
| **ROL Y RESPONSABILIDADES** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Miembro 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **ORGANIZACION** |  |
| **ROL Y RESPONSABILIDADES** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Miembro 6**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **ORGANIZACION** |  |
| **ROL Y RESPONSABILIDADES** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Sección D: Declaración de Interés**

Confirmo que estoy autorizado/a para firmar esta declaración en nombre de , y que las respuestas a las preguntas de este formulario son correctas, según mi conocimiento.

Si la solicitud es aceptada, la Asociación Dental Nacional utilizará la subvención únicamente para los fines especificados en la actual propuesta de proyecto y proporcionará a la FDI los informes sobre el progreso de los trabajos y el material de comunicación (fotografías, vídeos, citas, etc.) que se le soliciten. Se solicita a las Asociaciones Dentales seleccionadas, que estén representadas en el Congreso Mundial de Odontología de la FDI, donde tendrá lugar la Ceremonia de la Smile Grant.

**TITULO NOMBRE APELLIDO CARGO EN LA ORGANIZACION**

**FECHA FIRMA**