****

**نموذج تقديم طلبات لنافذة المدافعات عن حقوق الإنسان - شبكة الأمان (نمط التمويل المرن)**

يرجى الإجابة عن كل سؤال من الأسئلة الواردة أدناه وإرسال النموذج إلى WPHF-WHRD@unwomen.org.

شبكة الأمان مخصصة للنساء المدافعات عن حقوق الإنسان، من/العاملة على البلدان المتضررة من الأزمات / النزاعات\*، اللاتي، نظراً لالتزامهن بحقوق الإنسان والسلام، تواجهن في الوقت الحالي، أو سبق لهن أن واجهن في الماضي، مخاطر ناتجة عن ذلك تستمر في تهديد سلامتهن و/أو قدرتهن على استدامة عملهن. لذلك، تحتاج المدافعات عن حقوق الإنسان **دعماً عاجلاً** من أجل ضمان حمايتهن وتأمين مشاركتهن في جهود بناء السلام.

\* انظر أدناه إلى البلدان التي قد تكون مؤهلة للحصول على الدعم: قائمة المسائل المعروضة على مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة

<https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=S%2F2024%2F10%2FREV.1%2FADD.2&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>

**التمويل المرن لا يموّل منظمات المجتمع المدني أو تنفيذ البرامج.**

وتهدف شبكة الأمان لنافذة المدافعات عن حقوق الإنسان لصندوق المرأة للسلام والعمل الإنساني إلى الإسهام في تحسين الأمن والحماية للمدافعات عن حقوق الإنسان من خلال تحمل تكاليف ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

* تكاليف إعادة التوطين المؤقتة (الإقامة والطعام والانتقالات وما إلى ذلك)
* تكاليف التأمين/الحماية (وسائل النقل المؤمّنة والتدريب الأمني...)
* المعدات (الهاتف المحمول وجهاز الحاسوب ونظام التامين والكاميرات وما إلى ذلك)
* الرعاية الذاتية (دعم الصحة العقلية وما إلى ذلك)
* المساعدة القانونية
* تكاليف العودة إلى الوطن

تعطى المنح بمبالغ تصل إلى 10,000 دولار أمريكي كحدٍ أقصى ( إلا أن مبلغ المنحة النهائي يعتمد على مراجعة الطلب.). ولمدة 6 أشهر كحدٍ أقصى.

يرجى التأكد من أن معلومات الاتصال التي قدمتها آمنة وأنك مستريحة للتواصل معك بهذه الطريقة. بعد تقديم الطلب، سوف تتلقين رسالة بريد إلكتروني بتأكيد الاستلام.

**الخطوات التالية**: إذا نُظِرَ في طلبك، فسوف يُشارك مع الشركاء من المنظمات غير الحكومية الدولية لنافذة المدافعات عن حقوق الإنسان لصندوق المرأة للسلام والعمل الإنساني، والذين سيتواصلون معك. ولهم الحق في توجيه أسئلة إضافية, ، وتطبيق معاييرهم الخاصة واتخاذ القرار النهائي.**ولا يعني تواصل المنظمات غير الحكومية الدولية معكِ أن المنحة سوف تخصص لك بشكل تلقائي.**

[ ]  أوافق على تحويل طلبي إلى إحدى المنظمات غير الحكومية الدولية المشاركة في نافذة صندوق المرأة للسلام والعمل الإنساني للمدافعات عن حقوق الإنسان .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بلد الأصل** |  |  |
| **الموقع الحالي**(\*إذا كان يختلف عن بلد الأصل) |  |  |
| **الاسم الكامل** |  |  |
| **السن** |  |  |
| **يرجى الاختيار من بين الفئات التالية التي تعرف نفسك بها.****حدد كل ما ينطبق****ملاحظة: هذا ليس معيارا للأهلية** |  | * لاجئة
* نازحتة
* التعايش مع الإعاقة
* LGBTQI +
* الشعوب الأصليين/الأقليات العرقية·
* أقلية دينية
* العاملات في مجال الجنس
* أم عزباء
* أخرى (يرجى التحديد)
* لا شيء مما سبق (لا ينطبق)
* يفضل عدم الرد
 |
| **عدد المعيلين المعرضين للخطر والمطلوب حصولهم على الدعم من خلال هذا الطلب.***\*الشخص المعيل هو الطفل دون سن 18 عاماً أو أحد أفراد الأسرة الذين يقيمون معك وتتحملين مسئولية رعايتهم ورفاههم.* |  | **0 إلى 17 سنة** | **18 سنة فأكثر** |
| **عنوان البريد الإلكتروني المؤمَّن\*:***\*عنوان البريد الإلكتروني المؤمَّن هو عنوان توافقين على التواصل معك من خلاله للاستمرار في مناقشة طلبك. إذا كنت تشعرين أن التواصل مع صندوق المرأة للسلام والعمل الإنساني سوف يعرضك للخطر، فإننا نقترح استخدام جهاز حاسوب مؤمَّن كحدٍ أدنى، ووصلة إنترنت آمنة وفتح حساب بريد إلكتروني جديد، وتقديم هذا الحساب مع الطلب.* |  |  |
| **رقم الهاتف/واتساب/سيجنال** (يرجى توفير طريقة آمنة للتواصل معك. يرجى تضمين مفتاح البلد. يمكنك تضمين رقم ثان أو جهة اتصال بديلة ورقم في حال واجهنا مشكلة في التواصل معك. نشجعك على استخدام سيجنال) |  | جهة الاتصال الرئيسية:اسم / رقم جهة الاتصال البديلة: |
| **كيف علمت عن هذا الصندوق؟ إذا تمت إحالتك من قبل وكالة تابعة للأمم المتحدة أو منظمة أخرى ، يرجى التسمية.** |  | ☐ صندوق المرأة للسلام و العمل الانساني☐ المنظمات غير الحكومية/المجتمع المدني ☐وكالة تابعة للأمم المتحدة☐ دولة عضو/حكومة ☐البحث عبر الإنترنت☐آخر  |
| **هل تتقدمين بطلب لنفسك أو نيابة عن مدافعة عن حقوق الإنسان ؟** |  | [x]  أقدمه بنفسي[ ]  أقدمه بالنيابة عن إحدى المدافعات عن حقوق الإنسان. |
| **إذا كان هذا الطلب يُقدَّم بالنيابة عن إحدى المدافعات عن حقوق الإنسان ، يرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بك.**  |  | الاسم الكامل:عنوان البريد الإلكتروني: رقم الهاتف المؤمَّن: المنظمة التي تنتمين إليها (إذا كان ذلك ينطبق): |
| **هل أنت جزء من منظمة / شبكة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى تقديم الاسم والموقع الإلكتروني (إن وجد).** |  | اسم: الموقع الإلكتروني: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. يُرجى وصف تجربتك بإيجاز كإحدى المدافعات عن حقوق الإنسان. كيف تقومين بقيادة أنشطة حقوق الإنسان بطريقة سلمية في مجتمعك المحلي/بلدك.** (يرجى تضمين أسماء أي منظمات أو أفراد كنت تتعاونين معهم)عدد الكلمات: 200-400 |  |  |
| **2.ما هو التركيز الرئيسي لنشاطك؟** **حددي واحدا فقط**. |  | حقوق الطفلالأمن المناخيالعنف الجنسي المرتبط بالنزاعات (CRSV)الحقوق الرقميةحقوق الأشخاص ذوي الاعاقةالحقوق الاقتصاديةحقوق التعليمحقوق المسنينأمن غذائيحقوق الإنسانحقوق الشعوب الأصليين/الأقليات العرقيةالعدالة / القانونيةحقوق العمالحقوق الأرض والسكنحقوق الأشخاص LGBTQI +وسائل الإعلام/حرية التعبيرالصحة النفسيّة والدعم النفسي الاجتماعيبناء السلام/حل النزاعاتالتمثيل السياسي/حقوق التصويتحقوق النساء النازحات قسرا (اللاجئات، والنازحات، وطالبات اللجوء، وما إلى ذلك) العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV)الصحة والحقوق الجنسية والإنجابيةحقوق الشباب |
| **3. ما هي التهديدات الموجهة التي واجهتيها أو تخافين من مواجهتها نتيجة أنشطتك في مجال حقوق الإنسان/السلام؟** *يرجى وصف ما إذا كانت هذه التهديدات قد أثرت عليك وعلى من تعوليهم و / أو قدرتك على مواصلة عملك وكيف أثرت على ذلك. قومي أيضا بتضمين تاريخ / أنماط وجداول زمنية للتهديدات التي تمت مواجهتها.* *عدد الكلمات: 500* |  |  |
| **4. متى حدث التهديد الأخير المتعلق بأنشطتك في مجال حقوق الإنسان / السلام؟** *إذا أمكن ، يرجى إضافة تاريخ أو فترة زمنية تقريبية.* |  |  |
| **5. ما الذي تحتاجينه بصفة عاجلة لحماية نفسك و/أو من تعولين واستدامة أنشطتك في مجال حقوق الإنسان والسلام؟** عدد الكلمات: 200-400. |  |  |
| **6. حدِّدي مبلغ التمويل التي تطلبينه.***لكل عنصر ، حددي مقدار التمويل الذي تطلبينه. يرجى ملاحظة أن الحد الأقصى المقدم لمنح شبكة الأمان هو 10,000 دولار أمريكي (يخضع للمراجعة من قبل المنظمات غير الحكومية الشريكة لنافذة WPHF للمدافعات عن حقوق الإنسان) لتغطية احتياجات الحماية على المدى القصير*. |  | الحاجة | المزانية التقديرية |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| الإجمالي: |  |
| **7. الفترة الزمنية التقديرية التي سوف يساهم فيها هذا المبلغ في سلامتك.**يرجى ملاحظة أن الحد الأقصى لفترة الدعم هو 6 أشهر*.* |  |  |
| **8. لكي نتمكن من تقييم طلبك، يرجى تقديم الاسم ومعلومات الاتصال لشخص واحد على الأقل يعرف عملك من إحدى المنظمات الوطنية أو الدولية و يكون** **متاحا للإجابة على الأسئلة، للرجوع إليه.** **وينبغي ألا يكون هذا الشخص المرجعي أحد أفراد الأسرة.***يتم توفير المراجع على أساس تطوعي و يجب ان تكون بصفة مجانية إي انه لا يجب ان تكون باي مقابل مالي* |  | **الشخص المرجعي رقم 1 (إلزامي)** الاسم:المنظمة:بريد إلكتروني:الهاتف/المحمول: (متضمناً رمز المنطقة)**الشخص المرجعي رقم 2 (اختياري):**الاسم:المنظمة:بريد إلكتروني:الهاتف/المحمول: (متضمناً رمز المنطقة) |
| **9.يُرجى إخبارنا إذا كنتِ قد تقدمتٍ بطلب مماثل إلى منظمة أخرى،**  **و/أو تلقيت الدعم (المالي/غير المالي) من إحدى المنظمات قبل ذلك، هذا سوف يساعدنا في التنسيق.***إذا كنت قد تلقيت دعم في الماضي ، فلن يؤثر ذلك تلقائيا على أهليتك.* |  | [ ]  نعم [ ]  لاإذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تسمية المنظمة: متى كان هذا؟ ما هو الدعم المطلوب/الممول: |
| **(اختياري) 10. لا تترددي في تقديم أو إرفاق معلومات إضافية (روابط الويب والمستندات وما إلى ذلك)** |  |  |