| Data: |  |
| --- | --- |

**Dados de contato da Associação**

| Nome da Organização |  |
| --- | --- |
| Data de Fundação |  |
| E-mail geral |  |
| Telefone com DDD |  |
| Website |  |
| Facebook |  |
| Instagram |  |
| Endereço |  |
| Cidade |  |
| CEP |  |
| País |  |

**Informação de contato do Representante na Alianza Latina**

Por favor, forneça os dados da pessoa que será o representante da associação na Alianza Latina (deve ser um dos dirigentes da sua organização)

| Nome |  |
| --- | --- |
| Cargo |  |
| E-mail |  |
| Celular com DDD |  |
| WhatsApp com DDD |  |

**Informação sobre a atuação da Associação**

Área geográfica de atuação:

|  | Local (na cidade) |  | Regional (no estado) |  | Nacional (todo país) |  | Internacional (outros países) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Patologia principal:

|  | Câncer |  | Câncer de sangue |  | Doenças raras |  | Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT´s |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Informe as patologias mais prevalentes atendidas pela associação, se possível com CID:

|  |
| --- |

Marque todos os serviços oferecidos pela associação:

| Apoio ao paciente: | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Emocional e psicológico |  | Fisioterapia | | |  | Nutrição |
|  | Trabalho social |  | Assistência social | | |  | Doações |
|  | Medicamentos |  | Transplante | | |  | Atenção integral |
|  | Cuidados paliativos |  | Terapia ocupacional | | |  | Apoio financeiro para famílias |
|  | Consultas médicas |  | Reabilitação e inclusão | | |  | Inserção mercado de trabalho |
|  | Orientação sobre o tratamento |  | Atividades recreativas e lúdicas para as famílias | | | | |
| Formação e educação: | | | | | | | |
|  | Para pacientes | | |  | Para médicos e profissionais de saúde | | |
| Campanha de sensibilização e educação: | | | | | | | |
|  | Para pacientes e público em geral | | |  | Para médicos e profissionais de saúde | | |
| Outros: | | | | | | | |
|  | Pesquisa de jornada do paciente | | |  | Advocacy e Políticas Públicas | | |
|  | Especificar: | | | | | | |

Forneça um breve resumo das atividades e projetos principais da organização.

|  |
| --- |

Qual é a missão da organização?

|  |
| --- |

Descreva seu público-alvo (n° de pacientes, idade, sexo, nível educacional, necessidades especiais, etc.)

|  |
| --- |

Forneça uma breve descrição do ambiente em que a sua organização está inserida (recursos disponíveis, situação atual do sistema de saúde, etc.)

|  |
| --- |

Qual é o orçamento para desenvolver e executar os projetos principais da organização?

|  |
| --- |

A organização tem um registro de pacientes?

|  | Sim |  | Não |
| --- | --- | --- | --- |

Em caso positivo, como é feita a manutenção deste registro?

|  |
| --- |

**Resultados**

Por favor mencione os resultados obtidos pela organização:

|  |
| --- |

Como são medidos e controlados os resultados?

|  |
| --- |

A organização alcança o impacto desejado? O que é necessário para que a organização alcance seus objetivos?

|  |
| --- |

Quais são os planos da organização para o futuro?

|  |
| --- |

**Estrutura e Recursos**

Qual o número de funcionários/colaboradores:

|  |
| --- |

Descreva a estrutura organizacional da organização (diretores, funcionários, profissionais especializados e voluntários)

|  |
| --- |

Quais são as fontes de recursos da organização?

|  |
| --- |

A organização conta com o apoio de outras entidades? (governo, empresas, associações, etc.)

|  |
| --- |

Escreva um breve parágrafo explicando porque sua organização deseja fazer parte da Alianza Latina e como pode contribuir com a mesma:

|  |
| --- |

**Declaração para Novos Membros:**

|  | Sim | Não |
| --- | --- | --- |
| A associação está reconhecida e registrada como uma entidade legal e sem fins lucrativos em seu país de origem na América Latina? |  |  |
| O foco principal da associação são as patologias crônicas ou graves como Câncer, Câncer do Sangue, Doenças Raras ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT ́s)? |  |  |
| A proteção, o apoio e o cuidado dos pacientes é o objetivo principal da associação? |  |  |
| Os pacientes e/ou seus representantes (pais, familiares) estão envolvidos na administração e comitês da organização? |  |  |