附件

2023年云南省防治艾滋病政府购买社会组织服务工作

项目计划书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | |
| 申报内容 | |  | | | | |
| 申请金额 | | 大写 |  | | 小写 | (万元) |
| 社会组织信息 | | | | | | |
| 社会组织基本信息 | 名称 | |  | | | |
| (盖章) | | | | | |
| 所在州市 | |  | 所在县区 | |  |
| 联系座机 | |  | 是否已民政注册 | |  |
| 通信地址 | |  | | 邮 政 编 码 |  |
| 托管机构 名称 | |  | | | | |
| 技术支持 机构名称 | |  | | | | |
| 备注： | | | | | | |
| 填报日期： | | | | | | |

填 报 说 明

一、填写项目计划书前，请认真阅读相关项目申请指南。

二、项目计划书中各项内容，要求实事求是，逐条认真填写。表达明确、严谨 ，字迹清晰易辨。外来语要同时用原文和中文表达。第一次出现的缩写词，请 注出全称。项目名称——应确切反映项目内容；申请金额—— 以元为单位(大 小写人民币)，小写用阿拉伯数字表示；起止年月——起始时间和终止时间应 在项目年度内；所在机构名称——按机构注册名称填写全称，未注册机构请写 明全称；项目组主要成员——指在项目组内对项目活动申请书的设计、项目实 施、完成起重要作用的人员,本人应在项目计划书上亲自签名。

三、用A4复印纸打(复)印项目计划书，于左侧装订成册。各栏空格不够请自行 增加。

四、申请项目的机构/组织必须认真填写附件中的申请机构情况表。

五、项目计划书的填写要求：

1. 项目要进行深入的现况分析，定义要解决的问题

2. 根据要解决的具体问题确定项目总目标和具体目标。

3. 项目具体目标要可测量、可评估。

4. 项目预算编制要真实合理准确，列出计算理由，不得包括购买硬件设施的 费用。

5. 要有明确的项目实施步骤及时间表。

6. 项目计划书首页“编号”一栏由项目管理方填写，其余部分由项目申请者 填写。

7. 请准确填写帐户信息、帐户名，若在项目执行过程中有变动，请加盖本机 构或者托管机构的财务公章将更改后的帐户/名信息以快递方式提交至省项 目管理办公室。

1、基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 负责人 | 姓 名 |  | | 职 务 |  | | |
| 联系地  址 |  | | | 邮编 |  | |
| 联系电  话 |  | | 移动电话 |  | | |
| 传 真 |  | | 电子信箱 |  | | |
| 项目实  施地 | 州市 |  | | 县区 |  | | |
| 项目  组  主要  成员 | 姓 名 | 职 务 | 所在机构 | | 项目分工 | | 签字 |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |

2、项目计划书摘要

|  |
| --- |
| *请简要说明项目的目标、实施策略和主要活动，限300字内。* |

|  |
| --- |
|  |

背景分析

3、

|  |
| --- |
| *请说明立项依据：说明问题产生的原因及现状，并明确项目将要解决的问*  *题。* |
| 上一年当地艾滋病估计数 人，报告数 人。 |
|  |
| 上一年目标人群估计数 人，服务覆盖人数 人。 |

|  |
| --- |
|  |
| 备注：  1.“当地艾滋病估计数”是指年属地辖区内艾滋病感染者/病人估计人 数。  2.“报告数”是指截至年底，属地辖区内累计报告的现存活艾滋病感染 者/病人人数。  3.“目标人群估计数”是指年属地辖区内目标人群估计人数。  4.“服务覆盖人数”是指年属地辖区内接受关怀/干预服务的目标人群 人数。  5.若无年上述数据，则填写最近一年的数据，并在“疫情特点”描述中 对数据时间进行说明。  6.若无法获得相关数据，在横线上填 ”/”。 |

4、项目目标

|  |  |
| --- | --- |
| 项目总目标 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 项目具体目标 |  |

5、 项目核心指标

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 目标人 群 | 核心指标(请根据所干预的领域选填) | |
| 社 区 药 物 滥 用 者 | 1.接受干预服务的药物滥用者人数 |  |
| 2.接受干预服务的药物滥用者人次数(每2个月至 少干预1次) |  |
| 3.接受HIV抗体检测的药物滥用者人数(占总干预 人数的70%) |  |
| 4.接受HIV抗体检测的药物滥用者中，新发现HIV阳 性的人数(估计数) |  |
| 5.陪同转介确证HIV的药物滥用者人数(占新发现 阳性人数的95%) |  |
| 5.1其中，陪同转介接受抗病毒治疗的阳性药物滥 用者人数(占新发现HIV阳性人数的30%) |  |
| 6.既往发现的、未在抗病毒治疗中的原阳性药物滥 用者(估计数) |  |
| 6.1其中，陪同转介接受抗病毒治疗的阳性药物滥  用者人数(占原阳性人数的20%) |  |
| 7.成功动员接受美沙酮维持治疗的比例(占接受干 预服务人数的20%) |  |
| 8.成功动员接受针具交换服务的比例(占接受干预 服务人数的30%) |  |

6、项目活动及预算

*1、请详细说明计划开展的具体活动，包括时间、地点、参加人员、活动内容和方* *法等。*

*2、领取固定补贴者应为非公职人员。*

*3、表格不够可续行。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人员固定补贴、基本运转费  (<=45%) | | |
| 1、活动主题：人员固定补贴 | 预算依据 | 合计 |
| 详细描述该活动内容： |  |  |
| 2、活动主题：赴昆明开项目启动会、项目结题 会交通费(1次) | 预算依据 | 合计 |
| 详细描述该活动内容： |  |  |
| 3、活动主题：办公用品 | 预算依据 | 合计 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 详细描述该活动内容：项目开展需要日常办公用 品 | | | | | |  |  |
| 项目活动费(>=55%， 此项可以列支托管费，托管费不超过所申请经费总 额的5%，托管费仅能用于支持承担此项目的托管机构开支其日常办公费用 ，如未列支托管费，该费用归为项目活动费) | | | | | | | |
| 4、活动主题：托管费 | | | | | | 预算依据 | 合计 |
| 详细描述该活动内容： | | | | | |  |  |
| 5、活动主题：针具交换外展宣传 | | | | | | 预算依据 | 合计 |
| 时间 | 干预  对象 | 人数 | 形式 | 负责  人 | 频 次 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |
| 6、活动主题：HIV的初筛检测 | | | | | | 预算依据 | 合计 |
| 时间 | 干预  对象 | 人数 | 形式 | 负责  人 | 频 次 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  |  |
| 7、活动主题：陪同接受美沙酮维持治疗 | | | | | | 预算依据 | 合计 |
| 时间 | 干预  对象 | 人数 | 形式 | 负责  人 | 频 次 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |
| 8、活动主题：陪同转介艾滋病新发阳性接受确 认检测及抗病毒治疗 | | | | | | 预算依据 | 合计 |
| 时间 | 干预  对象 | 人数 | 形式 | 负责  人 | 频 次 |  |  |
| 9、活动主题：接受所在地艾办半年督导 | | | | | | 预算依据 | 合计 |
| 时间 | 干预  对象 | 人数 | 形式 | 负责  人 | 频 次 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |

7、项目时间表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 活动 | 描述 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8、项目预期结果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目活动 | | 预期产出 |
| 序 号 | 内容 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

9、项目质量控制

|  |
| --- |
| *请说明在项目实施过程中，对活动质量进行追踪和控制的指标、方法和时*  *间安排。* |
|  |

10、

|  |  |
| --- | --- |
| 开户银行 |  |
| 开户银行地址 |  |
| 开户单位名称 |  |
| 帐户账号 |  |

11、财务托管机构和技术支持机构信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 财务托管机构 | 技术支持机构 | 当地疾控中心 /抗病毒治疗机构 |
| 机构名称 | |  |  |  |
| 通信地址 | |  |  |  |
| 邮编 | |  |  |  |
| 负责 人 | 姓 名 |  |  |  |
| 移动电话 |  |  |  |
| 传 真 |  |  |  |
| 电子信箱 |  |  |  |
| 联系 人 | 姓 名 |  |  |  |
| 职 务 |  |  |  |
| 移动电话 |  |  |  |
| 传 真 |  |  |  |
| 电子信箱 |  |  |  |

12、相关机构意见

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报社  会组织  意见 | 项目计划书所述内容真实可靠，同意申报实施该社会组织防治 艾滋病项目。  社会组织负责人签字： (盖章) 年 月 日 | | |
| 财务托  管机构  意见 | 本单位同意为该社会组织托管项目财务及经费，保证按照项目 的要求，及时为该社会组织提款报账，保证项目资金安全。  托管机构负责人签字： (盖章) 财务负责人签字:  年 月 日 年 月 日 | | |
| 技术支 持机构 意见 | 本单位同意成为该社会组织的技术支持机构，为社会组织实施 项目提供技术支持。  技术支持机构负责人签字： (盖章) 年 月 日 | | |
| 当地疾  控中心  或抗病  毒治疗  机构意  见 | 本单位同意成为该社会组织的检测挂靠单位，将该社会组织完 成的检测任务录入相应的统计系统。 | | |
| 负责人签字： | (盖章) | 年 月 日 |

(若技术支持机构为当地疾控中心或抗病毒治疗机构，则填写一处即可)