**FONDS D’URGENCE POUR LES DÉFENSEUR.ES DES DROITS HUMAINS EN DANGER : FORMULAIRE DE DEMANDE**

Le formulaire doit être **entièrement** rempli par le/la défenseur.e des droits humains en danger ou un garant (proche, membre de la même organisation, etc.) et retourné, **accompagné d’une copie de sa pièce d’identité**, à l’adresse suivante : **urgence@aedh.org****.**

**Date de la demande :**

## I. IDENTITE DU/DE LA DEMANDEUR.ESSE

1. Nom :

2. Prénom :

3. Date de naissance :

4. Pays d'origine :

5. Lieu de résidence :

6. Numéro de téléphone :

7. Adresse email :

8. Profession :

9. Nombre de personnes à charge (noms, prénoms et dates de naissance) :

10. Affiliation à une ONG, un syndicat, un parti politique ou une association :

[ ]  Oui, précisez: [ ]  Non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nom** | **mandat** | **poste occupé** | **Date de début (JJ/MM/AA)** | **Date de fin (JJ/MM/AA)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

11. Le/la demandeur.esse a-t-il/elle déjà bénéficié de l’appui du Fonds d’Urgence d’Agir ?

[ ]  Oui, précisez [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| **date** |  |
| **durée** |  |
| **montant** |  |

12. Le/la demandeur.esse a-t-il/elle formulé une demande auprès d’un autre fonds d’assistance ?

[ ]  Oui, précisez [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| **date** |  |
| **durée** |  |
| **montant** |  |
| **interlocuteur** |  |

13. Quel est le montant sollicité par le/la demandeur.esse ? (en USD ou EUR)

## **II. IDENTITE DE LA PERSONNE À L’ORIGINE DE LA DEMANDE**

*À remplir uniquement si la personne à l’origine de la demande est* ***différente*** *du/de la bénéficiaire.*

1. Nom :

2. Prénom :

3. Numéro de téléphone :

4. Adresse email :

5. Lien avec le/la bénéficiaire :

6. Le/la bénéficiaire est-il/elle au courant qu’une demande est déposée en son nom ?

## **III. INFORMATIONS RELATIVES AU TRAVAIL DU/DE LA DÉFENSEUR.E**

*Veuillez exposer de façon détaillée et datée vos différents engagements en tant que défenseur.e des droits humains. Le récit doit inclure des exemples d’activités en faveur des droits humains que vous avez menées ou dans lesquelles vous êtes ou avez été impliqué. Si ces actions ont été menées dans le cadre d’une organisation, merci de préciser le mandat et les missions de cette dernière.*

|  |
| --- |
|  |

## **IV. INFORMATIONS RELATIVES AUX MENACES**

*Veuillez exposer de façon détaillée et datée les différentes menaces que vous subissez* ***en lien avec votre qualité de défenseur.e des droits humains****. Merci de préciser les origines de ces menaces (autorités étatiques, groupes armés, etc.), les dates et lieux où elles se sont produites, ainsi que leur contexte.*

|  |
| --- |
|  |

## **V. TYPE(S) D’ASSISTANCE DEMANDÉS**

Assistance médicale [ ]  Oui [ ]  Non

Assistance juridique [ ]  Oui [ ]  Non

Assistance psychologique [ ]  Oui [ ]  Non

Relocalisation [ ]  Oui [ ]  Non

Autre [ ]  Oui, précisez : [ ]  Non

Si une relocalisation est demandée, veuillez précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| **localisation (pays – ville)** |  |
| **durée (JJ/MM – JJ/MM)** |  |
| **nombre de personnes à charge** |  |
| **Qu’est-ce que le/la bénéficiaire envisage de faire au terme de la prise de la relocalisation ? Compte-t-il/elle retourner dans son pays/ville d’origine ? Envisage-t-il/elle de reprendre son travail en faveur des droits humains ?** |  |

## **VI. BUDGET DETAILLÉ**

*Veuillez préciser les montants sollicités pour les différents types d’assistance demandés (en USD ou EUR).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **type d’assistance** | **unité** | **quantité** | **prix par unité** | **prix total** |
| **Relocalisation** |
| Logement | mois |   |   | 0 |
| Alimentation | mois |   |   | 0 |
| Communication | mois |   |   | 0 |
| Transport urbain/local | mois |   |   | 0 |
| Autres | mois |   |   | 0 |
| **Autres demandes** |
| Assistance médicale |   |   |   | 0 |
| Assistance psychologique |   |   |   | 0 |
| Assistance juridique |   |   |   | 0 |
| Autres |   |   |   | 0 |
| **Montant total (veuillez spécifier la devise)** | **0** |

## **VII. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

*Veuillez indiquer toute information complémentaire que vous jugez utile au traitement de votre demande.*

|  |
| --- |
|  |

## **VIII. RÉFÉRENCES**

*Indiquez les noms, prénoms et coordonnées de* ***deux*** *organisations, associations ou personnalités qui ont connaissance de votre situation et sont en mesure d’appuyer votre demande.*

*Référent n°1:*

|  |  |
| --- | --- |
| **nom, prénom** |  |
| **coordonnées** |  |
| **organisation** |  |
| **poste** |  |

*Référent n°2:*

|  |  |
| --- | --- |
| **nom, prénom** |  |
| **coordonnées** |  |
| **organisation** |  |
| **poste** |  |

## **IX. PIÈCES JUSTIFICATIVES**

*Veuillez indiquer ci-dessous les références des différentes pièces jointes à ce formulaire en vue d’appuyer votre demande (rapports, articles de presse, certificats médicaux, carte de défenseur, références d’organisations tierces, photos, vidéos, liens, etc.).*

1.

2.

3.

4…