**Fondo de emergencia a defensores/as de derechos humanos en peligro: formulario de solicitud**

Este formulario debe ser completado **en su totalidad** por el/la defensor/a de derechos humanos en peligro o una persona garante (integrante de la misma organización, persona cercana, etc.) y enviado **acompañado por una copia de la cédula de identidad**, a la dirección de correo electrónico [**urgence@aedh.org**](mailto:urgence@aedh.org).

**Fecha de solicitud:**

## I. Identidad de la persona destinataria

1. Apellido(s):

2. Nombre(s):

3. Fecha de nacimiento:

4. País de orígen:

5. Lugar de residencia:

6. Número de teléfono:

7. Dirección de correo electrónico:

8. Profesión:

9. Número de dependientes (apellido(s), nombre(s) y fechas de nacimiento):

10. Afiliación a una ONG, un sindicato, un partido político, una asociación:

Sí, precisar:  No

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nombre** | **mandato** | **función** | **fecha de inicio (DD/MM/AA)** | | **fecha de fin (DD/MM/AA)** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

11. ¿La persona destinataria ya ha beneficiado del apoyo del fondo de emergencia de Agir Ensemble?

Sí, precisar:  No

|  |  |
| --- | --- |
| **fecha** |  |
| **duración** |  |
| **monto** |  |

12. ¿La persona destinataria ya ha presentado una solicitud ante otro fondo de asistencia?

Sí, precisar:  No

|  |  |
| --- | --- |
| **fecha** |  |
| **duración** |  |
| **monto** |  |
| **contacto** |  |

13. ¿Cual es el monto solicitado por la persona destinataria? (en USD o EUR)

## **II. IDENTIDAD DEL/DE LA SOLICITANTE**

*Sólo debe completarse si el/la solicitante es* ***distinto/a*** *de la persona destinataria.*

1. Apellido(s):

2. Nombre(s):

3. Número de teléfono:

4. Dirección de correo electrónico:

5. Vínculo con la persona destinataria:

6. ¿Está al tanto la persona destinataria de que una solicitud está siendo presentada en su nombre?

## **III. INFORMACIONES SOBRE EL TRABAJO DEL/DE LA DENFENSOR/A**

*Por favor, detalle con hechos y fechas los compromisos de la persona destinataria como defensor/a de derechos humanos. El relato debe incluir ejemplos de actividades en favor a los derechos humanos que la persona ha dirigido, o en los cuales ha estado implicada. Si estas acciones tuvieron lugar con una organización, precise el mandato y las misiones de dicha organización.*

|  |
| --- |
|  |

## **IV. INFORMACIONES SOBRE LAS AMENAZAS**

*Por favor, detalle con hechos y fechas las amenazas recibidas* ***en relación con su función de defensor/a de derechos humanos****. Precise los orígenes de dichas amenazas (autoridades estatales, grupos armados, etc.).*

|  |
| --- |
|  |

## **V. CATEGORIA(S) DE ASISTENCIA PEDIDA**

Asistencia medical  Sí  No

Asistencia jurídica  Sí  No

Asistencia psicológica  Sí  No

Reubicación  Sí  No

Otro  Sí, precisar:  No

Si se solícita la reubicación, por favor precise:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ubicación (país – ciudad)** |  |
| **Duración (DD/MM – DDMM)** |  |
| **Número de dependientes** |  |
| **¿Que piensa hacer la persona destinataria una vez acabada la reubicación? Piensa regresar a su país/ciudad de orígen? Piensa volver a trabajar como defensor/a de derechos humanos?** |  |

## **VI. PRESUPUESTO DETALLADO**

*Por favor, indique el monto solicitado por cada categoría de asistencia (en USD o EUR).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Categoría de asistencia** | **Unidad** | **Cantidad** | **Precio por unidad** | **Precio total** |
| **Reubicación** | | | | |
| Alojamiento | mes |  |  | 0 |
| Alimentación | mes |  |  | 0 |
| Comunicación | mes |  |  | 0 |
| Transporte urbano, local | mes |  |  | 0 |
| Otros | mes |  |  | 0 |
| **Otras solicitudes** | | | | |
| Asistencia medical |  |  |  | 0 |
| Asistencia psicológica |  |  |  | 0 |
| Asistencia jurídica |  |  |  | 0 |
| Otros |  |  |  | 0 |
| **Monto total (indicar divisa)** | | | | **0** |

## **VII. INFORMACIONES ADICIONALES**

*Por favor, indique cualquier información complementaria que pueda ser útil para el estudio de su solicitud.*

|  |
| --- |
|  |

## **VIII. REFERENCIAS**

*Indique los apellidos, nombres y datos de contacto de* ***dos*** *organizaciones, asociaciones o personalidades conocidas, que sepan algo de su situación y puedan apoyar su solicitud.*

*Referencia n°1:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido, nombre** |  |
| **Datos de contacto** |  |
| **Organización** |  |
| **Función** |  |

*Referencia n°2:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido, nombre** |  |
| **Datos de contacto** |  |
| **Organización** |  |
| **Función** |  |

## **IX. JUSTIFICATIVOS**

*Por favor, indique las informaciones de los documentos justificativos adjuntos con el objetivo de apoyar su solicitud (informes, artículos de prensa, registros médicos, tarjeta de defensor/a, referencia de organizaciones, fotos, videos, enlaces, etc).*

1.

2.

3.

4…