

Advocacy for Impact Grants

Förderantrag 2019-2020

Alnylam möchte Patientenorganisationen durch die Zuwendung von Ressourcen unterstützen, um neue Projekte und Ideen in die Tat umzusetzen. Wir fordern Patientenorganisationen aus der ganzen Welt auf, sich mit neuen Projekten zu bewerben, die speziell auf die einzigartigen oder besonderen Bedürfnisse ihrer eigenen Gemeinschaften ausgerichtet sind. Vollständige Richtlinien zur Förderfähigkeit finden Sie im Bewerbungsleitfaden.

Um die Überprüfung Ihrer Bewerbung sicherzustellen, geben Sie bitte alle erforderlichen Informationen an und füllen Sie den Antrag vollständig aus. Wenn Sie Fragen haben, richten Sie sie bitte an [AdvocacyForImpact@alnylam.com](mailto:AdvocacyForImpact@alnylam.com).

Antragsübersicht

Sie müssen Folgendes angeben:

|  |  |
| --- | --- |
| * Nachweis der Gemeinnützigkeit | * jährliches Betriebsbudget |
| * aufgegliedertes Projektbudget | * detaillierter Projektzeitplan |

*Alle Fragen und Anhänge sind für die Einreichung erforderlich. Jegliche zusätzliche Dokumentation, die innerhalb dieses Antrags nicht angegeben oder angefordert wurde, wird nicht berücksichtigt.*

|  |
| --- |
| GRUPPENINFORMATIONEN |
| ALLGEMEINE INFORMATIONEN |
| 1) Name der Gruppe *(Dieser muss mit dem behördlich registrierten Namen übereinstimmen.)* |
|  |
| 2) Adresse |
|  |
| 3) Land |
|  |
| 4) Webadresse *(optional)* |
|  |
| HAUPTKONTAKTINFORMATIONEN |
| 5) Präfix *(optional)* |
|  |
| 6) Vorname |
|  |
| 7) Nachname |
|  |
| 8) Titel in der Gruppe |
|  |
| 9) Telefonnummer |
|  |
| 10) E-Mail-Adresse |
|  |
| 11) Fax |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| GRUPPENINFORMATIONEN | |
| 12) Gründungsjahr | |
|  | |
| 13) Welche Patientenpopulation bedient Ihre Gruppe? | |
| ATTR‑Amyloidose  Porphyrie  primäre Hyperoxalurie | mehrere seltene Krankheiten  Sonstiges |
| 14) Welchen/Welche geografischen Standort(e) bedient Ihre Organisation? | |
|  | |
| 15) Gründungsauftrag (Leitbild) *(Wortgrenze 300)* | |
|  | |
| HINTERGRUNDINFORMATIONEN | |
| 16) Haben Sie in diesem Kalenderjahr Unterstützung von Alnylam erhalten? Bitte beachten Sie, dass Ihre Gruppe nicht von der Gewährung einer Förderung ausgeschlossen ist, wenn sie bereits zuvor Zuwendungen von Alnylam erhalten hat. Empfänger der „Advocacy for Impact Grants“ 2018 müssen einen Bewerbungszyklus warten, bevor sie sich erneut bewerben können und sind daher für den Zyklus in diesem Jahr nicht bewerbungsberechtigt. Alnylam ist verpflichtet, alle an Patientenorganisationen geleisteten Zahlungen aufzuzeichnen und zu veröffentlichen. | |
| Ja | Nein |
| 16a.) Wenn Sie auf die obige Frage „Ja“ geantwortet haben, wie viel Unterstützung wurde erhalten und wofür? Wenn Sie oben „Nein“ geantwortet haben, tragen Sie bitte „nicht zutreffend“ ein. | |
| 17) Sind irgendwelche öffentliche Amtsträger, Regierungsbeamte oder Regierungsangestellte aktuell Mitglied des Verwaltungsrats der Organisation? Wenn „Ja“, geben Sie bitte Folgendes an: a) das Mitglied, b) dessen Position im Verwaltungsrat und c) dessen Rolle im öffentlichen Bereich oder in der Regierung *(z. B.: Max Mustermann – Sekretär – Bürgermeister von Frankfurt; Max Mustermann – Vorsitzender – Parlamentsabgeordneter, Berlin)*. Wenn die Antwort „Nein“ lautet, tragen Sie bitte „nicht zutreffend“ in das nachstehende Textfeld ein. | |
|  | |
| 18) Code der Landeswährung: *Ein Währungscode ist ein Code, der die in Ihrem Land verwendete Währung angibt. Bsp.: USD, EUR, JPY* | |
|  | |
|  | |
| **ANHÄNGE:** *Bitte fügen Sie die folgenden Anhänge bei, wenn Sie Ihre Bewerbung einreichen.  Anhänge sollten als PDF eingereicht und mit dem unten angeführten Titel deutlich gekennzeichnet werden.* ***Muster: Jährliches Betriebsbudget\_ [Name der Organisation]***   * **Jährliches Betriebsbudget:** *Bitte reichen Sie ein detailliertes jährliches Betriebsbudget Ihrer Organisation ein* * **Nachweis der Gemeinnützigkeit des Zahlungsempfängers** * *Der Zahlungsempfänger ist die Gruppe, die das Geld für diesen Antrag erhalten würde, wenn sie als ein Empfänger ausgewählt wird.*   + - *Zahlungsempfänger in den Vereinigten Staaten: Bitte laden Sie eine Kopie Ihres Schreibens der US‑amerikanischen Bundessteuerbehörde IRS hinsichtlich der Steuerbefreiung hoch, das die Steuer-ID und den Steuerstatus oder Ihren W‑9 enthält. Hier ist ein Link zu einem W-9:* [*https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf*](https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf)*.*     - *Außerhalb der USA: Bitte laden Sie ein offizielles staatliches Dokument hoch, das die Gemeinnützigkeit der Organisation in Ihrem Land aufzeigt.* | |

|  |
| --- |
| PROJEKTINFORMATIONEN |
| 19) Titel des Projekts: |
|  |
| 20) Bitte geben Sie an, auf welche(n) der folgenden Krankheitsbereiche sich Ihr Antrag bezieht. |
| ATTR‑Amyloidose  akute hepatische Porphyrie  primäre Hyperoxalurie Typ 1 |
| 21) Bitte geben Sie an, welche Förderungskategorie für Ihr Projekt zutreffend ist *(mindestens eine oder mehrere der nachstehend aufgeführten Kategorien)*: |
| Erhöhung des Krankheitsbewusstseins und Zugang zur Diagnose  Angebot zur Aufklärung von Patienten, Familien, Betreuern, Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen und/oder der Öffentlichkeit  Verbesserung der Patientenversorgung |
| 22) Wie hoch ist der Förderungsbetrag, den Sie beantragen (Sie können maximal 50.000 US-Dollar oder das Äquivalent in Ihrer Landeswährung anfordern)? Bitte geben Sie den Betrag in Ihrer Landeswährung sowie Ihre Währungsart an. *Ausgewählte Empfänger erhalten die Förderungsbeträge entsprechend den Wechselkursen zum Zeitpunkt der Auszahlung.* |
|  |
| 23) Was ist das Gesamtbudget für dieses Projekt? Bitte geben Sie nur den Gesamtbetrag einschließlich der Währung an. Bitte reichen Sie ein detailliertes Budget als Anhang ein. |
|  |
| 24) Wenn das Projekt von Alnylam nicht vollständig finanziert wird, beschreiben Sie bitte, wie Sie den verbleibenden Betrag finanzieren werden. Wenn es nur von Alnylam finanziert wird, tragen Sie bitte „nicht zutreffend“ ein. |
|  |
| 25) Welche geografische Region oder Gemeinschaft beeinflusst dieses Projekt? Grenzen Sie ab, wo (in welchen Ländern, Regionen oder Städten) das Projekt durchgeführt wird und welche geografischen Bereiche durch das Projekt beeinflusst warden. *(100 Wörter oder weniger)* |
|  |
| 26) Wie ist die Krankheitslandschaft in dem geografischen Bereich, in dem Sie arbeiten? Zum Beispiel: Bewusstseinsgrad, staatliche Unterstützung, Anzahl der betroffenen Personen, Zugang zu medizinischer Versorgung, Herausforderungen oder Hindernisse für die Diagnose oder Versorgung usw. *(500 Wörter oder weniger)* |
|  |
| 27) Bitte erstellen Sie eine Zusammenfassung für das vorgeschlagene Projekt und erklären Sie, was es neu und/oder einzigartig macht. *(1.000 Wörter oder weniger)* |
|  |
| 28) **Ungedeckter Bedarf:** Was ist der Unmet Need innerhalb der Gemeinschaft der ATTR-Amyloidose, akuten hepatischen Porphyrie oder primären Hyperoxalurie Typ 1, für die das Projekt entworfen wurde? *(500 Wörter oder weniger)* |
|  |
| 29) **Ziele:** Was sind die Ziele des Projekts? Fassen Sie das/die messbare(n) Ziel(e) des vorgeschlagenen Projekts zusammen. *(500 Wörter oder weniger)* |
|  |
| 30) **Ausführung:** Welche Strategie verfolgen Sie, um dieses Projekt durchzuführen? Bitte beschreiben Sie Folgendes. *(1.000 Wörter oder weniger)*   * Eine detaillierte schriftliche Zusammenfassung der Strategie oder des Ansatzes, die/den Sie zur Durchführung dieses Projekts anwenden werden * Beschreiben Sie die Anzahl Ihrer Mitarbeiter und freiwilligen Mitarbeiter/Freiwilligen * Fügen Sie einen Personalplan für Ihr vorgeschlagenes Projekt bei * Beschreiben Sie Ressourcen/Tools, die Sie verwenden werden, usw. |
|  |
| 31) **Beurteilung:** Wie wird die Auswirkung des Projekts gemessen? Was sind die Erfolgsmaßstäbe für dieses Projekt und welche Methoden werden verwendet, um sie zu messen? Beschreiben Sie die vorgeschlagenen Messmethoden und -werkzeuge, die zur Messung verwendet werden. *(1.000 Wörter oder weniger)* |
|  |
|  |
| **ANHÄNGE:** *Bitte fügen Sie die folgenden Anhänge bei, wenn Sie Ihre Bewerbung einreichen.  Anhänge sollten als PDF eingereicht und mit dem unten angeführten Titel deutlich gekennzeichnet werden.* ***Muster: Aufgegliedertes Projektbudget\_ [Name der Organisation]***   * Aufgegliedertes Projektbudget * Detaillierter Projektzeitplan: Bitte beschreiben Sie den Zeitablauf für alle Projektaktivitäten von der Planung bis zur Ausführung und Beurteilung. |

|  |  |
| --- | --- |
| ZUSÄTZLICH ANGEFORDERTE INFORMATIONEN | |
| TRANSPARENZ UND FINANZIELLE OFFENLEGUNG | |
| *Alnylam beabsichtigt, die rechtlichen Anforderungen zur Transparenz von Interaktionen mit medizinischen Fachkräften und Gesundheitsorganisationen im Einklang mit den geltenden Gesetzen und Verordnungen auf Landes‑ und Bundesebene und/oder den für pharmazeutische Branchen geltenden Verfahrensregeln einzuhalten. Informationen, die sich auf die Anfrage und die an den Antragsteller/Bewerber zur Verfügung gestellten Fördermittel beziehen, insbesondere die Namen der Parteien, die Höhe aller Zahlungen oder Wertübertragungen (einschließlich erstatteter Gebühren und Auslagen), auf die sich die Förderung bezieht (z. B. Mahlzeiten, Fahrten usw.), können der Erfassung und Berichterstattung an zuständige Behörden/Einrichtungen unterliegen und können vom Unternehmen und/oder von seinen verbundenen Unternehmen und/oder von zuständigen Behörden/Einrichtungen öffentlich offengelegt werden. Falls zutreffend, stellt Ihre Annahme der von Alnylam bereitgestellten Förderung Ihre Einwilligung zu jeglicher Erfassung, Berichterstattung und Offenlegung dar. Dies kann die Zusammenarbeit mit der Compliance-Abteilung von Alnylam erforderlich machen, um sicherzustellen, dass alle anwendbaren Zahlungen gemeldet werden. Darüber hinaus müssen bestimmte Zahlungen an Patientenorganisationen in einigen Ländern ebenfalls gemeldet und öffentlich offengelegt werden. Falls Alnylam Ihre personenbezogenen Daten erfasst, um die Förderungsanfrage zu bearbeiten und die geltenden Transparenzgesetze und/oder ‑kodizes zu befolgen, werden diese personenbezogenen Daten im Einklang mit den geltenden Datenschutzgesetzen und der Datenschutzrichtlinie von Alnylam aufbewahrt und verarbeitet. Weitere Informationen zu der Alnylam-Datenschutzrichtlinie finden Sie auf unserer Unternehmenswebsite www.alnylam.com. Sollten Sie Ihre Zugriffsrechte auf Ihre personenbezogenen Daten ausüben möchten, wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten unter* [*privacy@alnylam.com*](mailto:privacy@alnylam.com)*.* | |
| BESTÄTIGUNG | |
| *Ich versichere, dass der Empfänger dieser Zuwendung nicht an therapeutischen Entscheidungen im Zusammenhang mit Alnylam-Produkten beteiligt ist (z. B. Verschreibung, Beschaffung oder Anwendungsempfehlung).* | |
| *Unterschrift:* | |
|  | |
| ZUSÄTZLICH ANGEFORDERTE INFORMATIONEN | |
| *Gemäß den bundesrechtlichen Transparenzanforderungen der Vereinigten Staaten müssen alle Zahlungen und sonstigen Wertübertragungen an zugelassene Ärzte und Lehrkrankenhäuser in den Vereinigten Staaten für potenzielle Berichte an die US‑amerikanische Bundesbehörde CMS erfasst werden. Alle Zahlungen oder Wertübertragungen, die Ihr Unternehmen einem erfassten Empfänger erbringt, müssen an Alnylam gemeldet werden.*  1) Die antragstellende Organisation und der Partner (falls zutreffend) haben Kenntnis der aktuellen Gesetze in Verbindung mit der Gesamtberichterstattung von Ausgaben, einschließlich des sogenannten US-Bundesgesetzes „Sunshine Act“ (42CFR Teile 402 und 403) und der Gesetzgebung der US-Bundesstaaten. | |
| Ja | Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| 2) *Werden die Gelder aus diesem Beitrag im Falle der Zuwendung verwendet, um eine medizinische Fachkraft (Arzt) als Redner zu bezahlen?* | |
| Ja | Nein |
| 3) *Gibt es irgendeine andere Wertübertragung an Ärzte oder Gesundheitsorganisationen? Beispiele hierfür sind Nahrungsmittel oder Getränke, Nachdrucke und andere Artikel oder Materialien, die den Teilnehmern bereitgestellt werden (z. B. Notizblöcke usw.). Zahlungen, darunter u. a. Honorare, Reisekosten, Forschungsgelder, Fakultäts‑oder Rednergebühren.* | |
| Ja | Nein |
| DATENSCHUTZERKLÄRUNG | |
| *Indem Sie Ihre Angaben in diesem Fragebogen eingeben, willigen Sie hiermit in die Verarbeitung von allen personenbezogenen Daten ein, die Sie im Fragebogen zum Zweck der Bewerbung bei „Advocacy for Impact Grant“ angegeben haben, und Sie bestätigen, dass Sie die entsprechenden Rechte und/oder Berechtigungen zur Bereitstellung solcher personenbezogener Daten an Alnylam haben. Die von Ihnen bereitgestellten Informationen dürfen zur Verarbeitung an andere Dritte weitergegeben werden, wie z. B. die autorisierten Berater von Alnylam, Dienstleister von Alnylam (oder andere sorgfältig ausgewählte Organisationen Dritter, die von Alnylam befugt wurden, zusammen als „Dritte“ bezeichnet), und zwar ausschließlich zum Zweck der Verwaltung dieses Förderungsantrags. Alnylam verlangt von diesen Dritten, denen gegenüber die von Ihnen bereitgestellten Informationen durch Alnylam offengelegt wurden, solche Informationen unter Verwendung von inhaltlich im Wesentlichen ähnlichen Standards wie die von Alnylam geforderten zu schützen. Dies beinhaltet eine Verpflichtung dieser Dritten zur Verwendung von angemessenen technischen, verwaltungstechnischen und physischen Schutzmaßnahmen, um die von Ihnen bereitgestellten Informationen vor Verlust, Missbrauch oder Änderung zu schützen. Alnylam verlangt außerdem, dass solche Dritte von Ihnen bereitgestellte Informationen für keinen Zweck verwenden, der nicht ausdrücklich von Alnylam genehmigt wurde. Die von Ihnen erfassten Daten werden in die Vereinigten Staaten übermittelt und dort gespeichert und anderweitig verarbeitet. Die Vereinigten Staaten sind ein Land, in dem das Datenschutzniveau möglicherweise nicht so hoch ist wie in Ihrem Wohnsitzland und/oder im Europäischen Wirtschaftsraum. Wenn solche internationalen Übermittlungen stattfinden, stellt Alnylam sicher, dass angemessene Schutzmaßnahmen vorhanden sind, um die Angemessenheit des Datenschutzes Ihrer personenbezogenen Daten sowie die Sicherheit der Verarbeitung in den Empfängerländern sicherzustellen. Alnylam verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Einklang mit der Datenschutzerklärung von Alnylam, verfügbar unter* [*https://www.alnylam.com/privacy-policy/*](https://www.alnylam.com/privacy-policy/)*.* | |
| EINWILLIGUNG | |
| *Ich willige in die Übertragung, Speicherung und anderweitige Verarbeitung von allen personenbezogenen Daten, die ich in dem Fragebogen angegeben habe, für den Zweck der Einreichung eines Antrags bei „Advocacy for Impact Grant“ ein.*  *Kästchen zur Einwilligung ankreuzen*  *Oder Unterschrift:* | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| *Ich bestätige, dass ich die entsprechenden Rechte und/oder Berechtigungen zur Bereitstellung solcher personenbezogenen Daten an Alnylam habe.*  *Kästchen zur Bestätigung ankreuzen*  *Oder Unterschrift:* |
|  |
|  |
| **Bitte reichen Sie dieses ausgefüllte Formular und Ihre Anhänge im PDF-Format ein unter** [**AdvocacyForImpact@alnylam.com**](mailto:AdvocacyForImpact@alnylam.com)**. Alle Einreichungen sollten die folgende Betreffzeile enthalten: AFI-Antrag – [Name der Organisation], [Land].**  Alle Anhänge müssen deutlich gekennzeichnet sein und im PDF-Format bereitgestellt werden. [Klicken Sie hier](https://support.office.com/en-us/article/save-or-convert-to-pdf-or-xps-d85416c5-7d77-4fd6-a216-6f4bf7c7c110) für weitere Informationen zum Speichern von Dateien als PDF. |