



## COMITÉ DE DESARROLLO Y RECAUDACIÓN DE FONDOS DE IBSA

### FORMULARIO A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

Remitan el formulario cumplimentado a:

**Sr. Mesut Dedeoğlu**  
**Secretario General de IBSA**  
**Ulus İşhanı,**  
**A Blok Kat 1 Ulus**  
**Ankara,**  
**Turquía.**

**Tel: + 90 312 311 01 64**

**Fax: + 90 312 310 13 65**

**e-mail: [ibsa.general.secretariat@gmail.com](mailto:ibsa.general.secretariat@gmail.com)**

#### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

**NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN MIEMBRO DE IBSA:**

---

---

**DIRECCIÓN COMPLETA:**

*Calle:* \_\_\_\_\_ *Nº* \_\_\_\_\_

*Estado / Provincia:* \_\_\_\_\_ *C.P.* \_\_\_\_\_

*País:* \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO:**

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Posición:* \_\_\_\_\_

*Tel:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_



**BREVE PERFIL DE LA ASOCIACIÓN:**

*Historia y estructura actual*

---

---

---

---

---

**¿SU ASOCIACIÓN RECIBE APOYO GUBERNAMENTAL?**

Sí [ ] \*

No [ ]

*\*Por favor detalle la naturaleza y el alcance del apoyo recibido.*

---

---

---

---

**NOMBRE Y DETALLES DEL/LOS FUNCIONARIO/S RESPONSABLES DEL ÁREA DE LA DISCAPACIDAD EN EL PAÍS:**

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Posición:* \_\_\_\_\_

*Tel:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Posición:* \_\_\_\_\_

*Tel:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y DETALLES DEL/LOS FUNCIONARIO/S RESPONSABLES DEL DEPORTE EN EL PAÍS:**

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Posición:* \_\_\_\_\_

*Tel:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Posición:* \_\_\_\_\_

*Tel:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y DETALLES DEL/LOS FUNCIONARIO/S RESPONSABLES DE EDUCACIÓN EN EL PAÍS:**

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Posición:* \_\_\_\_\_

*Tel:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_



E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**APOYO RECIBIDO DE OTRAS ENTIDADES Y ORGANISMOS APARTE DEL GOBIERNO:**

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO DE LA UNIÓN MUNDIAL DE CIEGOS (UMC):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**2. COMPROMISO DE LA ASOCIACIÓN CON EL DEPORTE PARA CIEGOS**

Por favor, marque con una "X" el deporte de IBSA que se practica en su organización y su nivel correspondiente.

DEPORTES DE IBSA	NIVEL		
	REHABILITACIÓN	RECREACIÓN	COMPETICIÓN
Atletismo			
Ciclismo en Tandem			
Diez Bolos			
Esquí Alpino			
Esquí Nórdico			
Fútbol			
Goalball			
Judo			
Natación			
Nueve Bolos			
Powerlifting			
Showdown			
Tiro			
Torball			



**DEPORTE/S PARA EL/LOS QUE SE REMITE ESTA SOLICITUD:**

---

---

**¿HA REMITIDO LA MISMA SOLICITUD CON ANTERIORIDAD?**

*Sí [ ]*

*No [ ]*

**¿Fue aceptada [ ]\*?**

**o**

**fue rechazada [..]\*\*?**

*\* Mencione el impacto en su país y en las naciones vecinas*

*\*\* Mencione el motivo del rechazo*



---

---

---

---

---

**¿HA REMITIDO LA MISMA PROPUESTA A OTROS ORGANISMOS APARTE DE IBSA?**

*Sí [ ]*

*No [ ]*

**¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE REACCIÓN?**

---

---

---

**¿POSEE EXPERIENCIA PREVIA EN EL/LOS DEPORTES ESPECÍFICO/S?**

*Sí [ ]*

*No [ ]*

**DESCRIBA LOS RECURSOS Y LAS ESTRUCTURAS PARA CIEGOS EN ESTE / ESTOS DEPORTES ESPECÍFICO/S**

---

---

---

---

**RAZÓN POR SELECCIONAR O PRIORIZAR ESTE / ESTOS DEPORTE/S**

---

---

---

---

### **3. PROYECTO**

**DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:**

---

---

---

---

**¿CUÁLES SON LAS GANANCIAS A CORTO PLAZO QUE SE PODRÁN OBSERVAR COMO RESULTADO DE ESTA PROPUESTA?**

---

---

---

---



**¿CUÁLES SON LAS GANANCIAS A LARGO PLAZO QUE SE PODRÁN OBSERVAR COMO RESULTADO DE ESTA PROPUESTA?**

---

---

---

**NÚMERO Y NOMBRE DE LOS PAÍSES DE IBSA INCLUIDOS Y BENEFICIARIOS DIRECTOS EN ESTE PROYECTO:**

---

---

---

---

**NÚMERO Y NOMBRE DE LOS PAÍSES QUE POTENCIALMENTE SE BENEFICIARÁN DE LA EXPERINECIA ADQUIRIDA MEDIANTE ESTE PROYECTO:**

---

---

---

---

**PAÍSES NO PERTENECIENTES A IBSA POTENCIALMENTE INTERESADOS:**

---

---

---

---

**DURACIÓN ESTIMADA DEL PROYECTO TOTAL:**

---

---

---

---

**PRESUPUESTO ESTIMADO PARA EL PROYECTO TOTAL:**

EUR \_\_\_\_\_

USD \_\_\_\_\_



**OBJETIVO FINAL ESPERADO:**

---

---

---

---

**¿EL PROYECTO ESTÁ ESTRUCTURADO EN DIFERENTES PASOS?**

*Sí [ ]\**

*No [ ]*

*\*Brinde detalles de cada paso siguiendo la guía a continuación según su conveniencia*

### **PASO 1**

**DURACIÓN ESTIMADA:** \_\_\_\_\_

**PRESUPUESTO ESTIMADO: EUR** \_\_\_\_\_ **USD** \_\_\_\_\_

**BREAK-DOWN DEL PRESUPUESTO:**

<b>CONCEPTO</b>	<b>SUMA</b>
TRANSPORTE	
ALOJAMIENTO	
EQUIPAMIENTO	
MISCELÁNEAS	
CO-PATROCINIO	
APOYO DEL GOBIERNO	
CONTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES INVOLUCRADOS	

**OBJETIVO A ALCANZAR AL FINALIZAR EL PASO 1**

---

---

---

---

### **PASO 2**

**DURACIÓN ESTIMADA:** \_\_\_\_\_

**PRESUPUESTO ESTIMADO: EUR** \_\_\_\_\_ **USD** \_\_\_\_\_



**BREAK-DOWN DEL PRESUPUESTO:**

<b>CONCEPTO</b>	<b>SUMA</b>
TRANSPORTE	
ALOJAMIENTO	
EQUIPAMIENTO	
MISCELÁNEAS	
CO-PATROCINIO	
APOYO DEL GOBIERNO	
CONTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES INVOLUCRADOS	

**OBJETIVO A ALCANZAR AL FINALIZAR EL PASO 2**

---

---

---

---

**PASO 3**

DURACIÓN ESTIMADA: \_\_\_\_\_

PRESUPUESTO ESTIMADO: EUR \_\_\_\_\_ USD \_\_\_\_\_

**BREAK-DOWN DEL PRESUPUESTO:**

<b>CONCEPTO</b>	<b>SUMA</b>
TRANSPORTE	
ALOJAMIENTO	
EQUIPAMIENTO	
MISCELÁNEAS	
CO-PATROCINIO	
APOYO DEL GOBIERNO	
CONTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES INVOLUCRADOS	

**OBJETIVO A ALCANZAR AL FINALIZAR EL PASO 3 U OBJETIVO FINAL**

---

---

---

---



**OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL:**

---

---

---

#### **4. PARTICIPANTES**

**NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES POR PAÍS:**

---

---

---

---

**NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES:** \_\_\_\_\_

**CRITERIO DE SELECCIÓN:**

---

---

---

---

**INSTALACIONES EXISTENTES PARA BRINDAR ALOJAMIENTO A LOS PARTICIPANTES:**

---

---

---

---

**INSTALACIONES EXISTENTES PARA SEMINARIOS Y CLÍNICAS:**

---

---

---

---

**INSTALACIONES EXISTENTES PARA ENTRENAMIENTOS:**

---

---

---

---



¿LOS PARTICIPANTES PERTENECEN A OTROS PAÍSES DIFERENTES DEL SUYO?

*Sí [ ]*

*No [ ]*

¿QUIÉN BRINDARÁ TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO?

---

---

---

¿SE ESPERA QUE LOS PARTICIPANTES ESTÉN EN TODOS LOS PASOS?

---

---

---

NÚMERO DE FUNCIONARIOS DE IBSA (EQUIPO TÉCNICO Y MÉDICO) REQUERIDO DURANTE EL DESARROLLO COMPLETO DEL PROYECTO HASTA SU FINALIZACIÓN O DEPENDIENDO DE CADA PASO:

IBSA	PASO 1	PASO 2	PASO 3	HASTA FINALIZACIÓN
TÉCNICOS				
CLASIFICADORES MÉDICOS				
PERSONAL				
OTROS				

## 5. EQUIPAMIENTO DEPORTIVO

EQUIPAMIENTO DEPORTIVO DISPONIBLE:

---

---

---



**EQUIPAMIENTO DEPORTIVO SOLICITADO:**

---

---

---

---

**6. VIDEOS Y OTRO MATERIAL EDUCATIVO**

**MATERIAL EDUCATIVO REQUERIDO PARA RETROALIMENTACIÓN Y CIRCULACIÓN:**

*A otros países miembros de IBSA::*

---

---

---

*A países no miembros de IBSA::*

---

---

---

**INFORMACIÓN ADICIONAL CONSIDERADA RELEVANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\*\*\*

**POR FAVOR, SEPA QUE AL FINALIZAR EL PROYECTO O LUEGO DE LA CONCLUSIÓN DE CADA PASO, USTED DEBERÁ BRINDAR UN INFORME DETALLADO CONJUNTAMENTE CON UN REPORTE FINANCIERO EXHAUSTIVO.**