Solicitud de Donativo de Vitamin Angels

### **Introducción**

Vitamin Angels (VA) apoya la entrega de intervenciones de nutrición basadas en evidencia proporcionando productos y asistencia técnica. VA dona suplementos de vitamina A y tabletas desparasitantes para niños menores de 5 años de edad y suplementos de micronutrientes múltiples (SMM) (comúnmente referidos como multivitaminas) para mujeres embarazadas. Donamos únicamente en especie y no ofrecemos dinero o apoyo económico.

Las donaciones de Vitamin Angels no deben reemplazar o duplicar la distribución gubernamental existente de vitamina A, desparasitantes y/o suplementos maternos en su área. Su solicitud a Vitamin Angels deber atender a los beneficiarios que NO están recibiendo ya estas intervenciones (es decir, beneficiarios de difícil acceso).

Para mayor información sobre nuestras donaciones y requisitos de elegibilidad, visite nuestra página web en:

<http://www.vitaminangels.org/field-partners>.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la solicitud: | |
| Organización (nombre legal completo): | |
| Página Web de la Organización: | |
| Nombre (Contacto primario): | Nombre (Contacto secundario): |
| Título: | Título: |
| Número telefónico: | Número telefónico: |
| Dirección de correo electrónico: | Dirección de correo electrónico: |

### **Información general**

### **Información del país**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la organización registrada (en caso de ser diferente del anterior): | |
| Número de registro del gobierno local:        Por favor adjunte una copia de su certificado de registro (requerido) | |
| Localización de la oficina matriz: Ciudad: | Estado o Provincia: |
| País: | |

Vitamin Angels requiere que las organizaciones estén registradas localmente en el país donde se está administrando las intervenciones nutricionales de Vitamin Angels.

### **Autorización para el uso del nombre de la organización**

Como socio de Vitamin Angels, es probable que queramos compartir el nombre y/o localización de su organización para mostrar el impacto de Vitamin Angels (por ejemplo: en nuestro sitio web [www.vitaminangels.org](http://www.vitaminangels.org) o con nuestros donantes). No se compartirá información de contacto específica. Marque la casilla a continuación para permitir que Vitamin Angels use el nombre de su organización de la manera especificada previamente.

Estoy de acuerdo en que Vitamin Angels use el nombre de nuestra organización

### **Detalles de la organización**

1. Por favor describa los programas y servicios que actualmente proporciona su organización:

1. Por favor describa la población a la que atiende (por ejemplo: por qué son de difícil acceso?):

1. Por favor describa las principales fuentes de financiamiento vigentes de su organización:

### **Intervenciones nutricionales**

1. Seleccione las intervenciones nutricionales que está solicitando **(seleccione todas las que corresponden)**

Suplementos de Vitamina A para niños de entre 6 y 59 meses de edad

Desparasitación (Albendazol) para niños entre 12 y 59 meses de edad

Suplementos de Micronutrientes Múltiples (SMM) para Mujeres Embarazadas

1. Para cada intervención que está solicitando, por favor explique por qué los beneficiarios a los que atiende no reciben estas intervenciones de otra fuente (ej. Secretaría de Salud Federal/Estatal, ONG local, etc.).
2. Suplemento de Vitamina A:
3. Desparasitación:
4. Suplementación maternos (tabletas de multivitaminas o de hierro y ácido fólico):
5. Si su organización ya provee cualquiera de estas intervenciones, ¿por favor enumere las otras fuentes y explique **por qué** su organización está solicitando suministro adicional?

1. Por favor explique sus planes para coordinarse con el gobierno y/u otras organizaciones (ej. UNICEF u ONGs) con el fin de evitar la duplicación de vitamina A, albendazol, y/o suplementos maternos en la misma área geográfica.

### **Solicitud de producto y plan de distribución**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Use esta guía para contestar las siguientes preguntas. | | | | |
|  | **Vitamina A**  **100,000 UI** | **Vitamina A**  **200,000 UI** | **Albendazol**  **o** | **Suplementos de Micronutrientes Múltiples (multivitaminas)**  **Planning and Preparation** |
| **Grupo de Edad Objetivo** | Niños de 6 a 11 meses de edad | Niños de 12 a 59 meses de edad | Niños de 12 a 59 meses de edad  *No dar a niños menores de 12 meses de edad* | Mujeres embarazadas |
| **Frecuencia** | Dar cada 4-6 meses | Dar cada 4-6 meses | Dar cada 4-6  meses | Las mujeres deben tomar 1 tableta al día durante el embarazo |
| **Cómo distribuir** | Proporcionado por un proveedor de servicio entrenado \* | Proporcionado por un proveedor de servicio entrenado \* | Las tabletas deben ser trituradas y proporcionadas por un proveedor de servicio entrenado \*:  Niños entre 12 a 23 meses de edad: 1/2 tableta  Niños entre 24 a 59 meses de edad: tableta completa | Cada frasco contiene 180 tabletas  Proporcione frascos completos al inicio del embarazo o proporcione cantidades menores con visitas más frecuentes. |
| \* Las herramientas de entrenamiento integrales para proveedores de servicio serán ofrecidas después de que se otorgue el donativo. Para mayor información sobre el entrenamiento de Vitamin Angels, visite <http://www.vitaminangels.org/vasd-service-delivery> | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **POR FAVOR TENGA EN CONSIDERACIÓN LO SIGUIENTE:**  Vitamin Angels requiere que se le envíe un informe cada 6 meses para verificar el inventario y el avance. Puede encontrar ejemplos de los informes de Vitamin Angels y herramientas para el mantenimiento de registros en nuestro sitio web en: [www.vitaminangels.org/field-resources](http://www.vitaminangels.org/field-resources)  Además, Vitamin Angels le recomienda que utilice las herramientas gubernamentales para el mantenimiento de registros y formatos de informes. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **En la siguiente tabla, indique cuántos beneficiarios (niños y/o mujeres embarazadas) planea cubrir con cada intervención nutricional de Vitamin Angels.**  **POR FAVOR TENGA EN CONSIDERACIÓN LO SIGUIENTE:**   * Indique únicamente el número que puede cubrir en un año. * Si el número exacto no está disponible, indique un aproximado. * Vitamin Angels NO ofrece apoyo económico. Su organización es responsable de los costos de transporte y distribución. Por favor limite su solicitud a lo que su organización puede permitirse actualmente distribuir. * Si necesita espacio adicional, por favor contacte a [programs@vitaminangels.org](escribaa:programs@vitaminangels.org) | | | | | | | |
| **Nombre de la organización que estará distribuyendo los productos** | **¿Su organización estará involucrada directamente en la distribución?** | **Localización de la Distribución** | | **Vitamina A 100,000 UI** | **Vitamina A 200,000 UI** | **Albendazol 400 mg** | **SMM para Mujeres Embarazadas** |
| **1er área geográfica:**  (Estado/Provincia) | **2ª área geográfica:**  (Distrito/Municipio) | **No. de Bebés**  **6 a 11 meses de edad** | **No. de Niños de 12 a 59 meses de edad** | **No. de Niños de 12 a 59 meses de edad** | **No. de Mujeres Embarazadas** |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
|  | Si / No |  |  |  |  |  |  |
| **Número Total de Beneficiarios:** | | | |  |  |  |  |

1. ¿Cómo estimó el número de beneficiarios que serán atendidos?: (por ejemplo: ¿Se basaron en cifras de población? ¿Se basaron en programas actuales?)

1. ¿Cuál es su plan de distribución para **vitamina A y desparacitación**? Por ejemplo, cómo va a movilizar a los beneficiarios, la distribución ocurrirá como parte de un programa existente, dónde se llevará acabo la distribución, cómo va a rastrear el inventario/beneficiario, etc.

1. ¿Cuál es su plan de distribución para **suplementos de micronutrientes múltiples (SMM) para mujeres embarazadas?** Por ejemplo, cómo va a movilizar a los beneficiarios, la distribución ocurrirá como parte de un programa existente, dónde se llevará a cabo la distribución, cómo va a rastrear el inventario/beneficiarios, etc.

1. ¿Quién va a administrar las intervenciones de Vitamin Angels? **(marque uno)**

Representantes locales de su organización y/o ONGs asociadas

ONGs y gobierno

Solamente gobierno

1. ¿Cómo se asegurá de que sus beneficiarios no han recibido vitaminas, albendazol, y/o suplementos maternales de otra fuente (por ejemplo: consulta la cartilla de salud del niño o los expedientes clínicos)?

### **Envío e información de almacenamiento**

Es probable que su donación llegue a un puerto internacional (es decir, un aeropuerto internacional). Su organización es responsable de recoger el envío de la aduana y transportarla a su sitio de distribución.

1. ¿Su organización transporta otras donaciones/suministros de Estados Unidos a su país de operación?

Si  No

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección de envío internacional** | **Dirección de envío a EEUU (si aplica)** |
| Nombre del Contacto: | Nombre del Contacto: |
| Número de Teléfono: | Número de Teléfono: |
| Dirección de correo electrónico: | Dirección de correo electrónico: |
| Nombre de la Organización: | Nombre de la Organización: |
| Calle: | Calle: |
| Ciudad: | Ciudad/Estado: |
| Estado/Provincia: | Código Postal: |
| País: | Tipo de Dirección: Comercial  Residencial |
| Código Postal: | Muelle de Descarga:  Si  No |
| Puerto Preferido de Entrada: | Horario de Recepción: |

1. Por favor indique la dirección de envío. Si aplica, también indique la dirección de envío a EU.
2. Vitamin Angels provee los siguientes documentos de entrega. Si otros documentos son requeridos, seleccione "otros":

* Certificado de Donación
* Factura Comercial/Lista de Empaque
* Certificado de Análisis
* Certificado de Origen

Otro:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Su organización: | **Si** | **No** | **No Aplica** |
| 1. ¿Tiene experiencia recolectando envíos internacionales de la aduana en su país? |  |  |  |
| 1. ¿Tiene la capacidad de pagar para recolectar los productos de la aduana? 2. *(Vitamin Angels no paga por esto)* |  |  |  |
| 1. ¿Tiene la capacidad de transportar los productos del puerto de entrada a su sitio de distribución? *(Vitamin Angels no paga por esto)* |  |  |  |
| 1. ¿Tiene un lugar para almacenar los productos? 2. *(Esto significa que los productos están a salvo, seguros, lejos de la luz directa del sol y los productos están guardados en un lugar fresco y obscuro)* |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Después de que se otorgue la donación, los siguientes pasos pueden ser requeridos para el envío:**   * Revise los documentos del envío proporcionados por Vitamin Angels para asegurar que sean correctos. * Si es necesario, obtenga documentación de la entidad regulatoria (ej. Secretaría de Salud, Comisión de Control de Alimentos) para importar insumos a su país. La documentación puede incluir un permiso de importación o un impuesto. * Una vez que llegue el envío, pague por los derechos, impuestos y cuotas para recolectar los productos de la aduana. * Transporte y almacene los productos donados localmente. * Confirme la recepción del envío a Vitamin Angels. |
| **Tenga toda su documentación lista para recolectar su envío a tiempo. Cualquier retraso, una vez que llegue su envío, puede añadir gastos de almacenamiento, lo cual no será cubierto por Vitamin Angels.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Términos y condiciones** | ¿Está de acuerdo con estos términos/condiciones? | | |
| 1. Su organización debe proporcionar las intervenciones nutricionales a los beneficiarios en el país/países que especificó en su solicitud. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización debe proporcionar las intervenciones nutricionales a los beneficiarios que son prioridad de Vitamin Angels:  * Niños de entre 6 y 59 meses de edad que viven en zonas marginadas, y/o * Mujeres embarazadas que viven en áreas marginadas. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización no deberá negar la disponibilidad, el acceso, o uso de una donación de Vitamin Angels por motivos de etnia, raza, religión o la capacidad de pago. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización no debe cobrar una cuota a nadie, incluyendo a los beneficiarios, por la donación de Vitamin Angels. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización debe entregar un reporte anual a Vitamin Angels especificando la cantidad y localización de las intervenciones nutricionales proporcionadas a los beneficiarios. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización debe aceptar los productos genéricos donados, mismos que fueron elaborados de acuerdo a las especificaciones de Vitamin Angels. Todas las donaciones de micronutrientes de Vitamin Angels, cumplen con los requisitos de la FDA de los Estados Unidos, la Farmacopea de los Estados Unidos (USP) y / o requisitos locales para la fabricación y distribución, como suplementos dietéticos para consumo humano y no estén caducos. Los tratamientos de desparasitantes donados por Vitamin Angels cumplen con la Farmacopea Internacional de la OMS (Ph. Int.) y / o requisitos locales para fabricación y distribución como farmacéuticos para consumo humano y no han caducado. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización es responsable de recoger los productos de la aduana y todos los envíos locales y los costos de distribución. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización reconoce que la mayoría de las donaciones de Vitamin Angels están etiquetadas en inglés. Su organización debe asegurarse que las instrucciones correctas del empleo de los productos donados sean proporcionadas a los beneficiarios que no hablen inglés. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización no deberá utilizar la donación de multivitaminas de Vitamin Angels para influir o persuadir a beneficiarios futuros sobre ninguna decisión respecto a su embarazo. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización acepta que Vitamin Angels realice una visita de monitoreo a los sitios de distribución donde usted trabaja. Vitamin Angels pagará sus propios gastos y se coordinará con su personal para conducir la visita de la manera más apropiada. El propósito es asegurar que los programas de distribución sean llevados a cabo de acuerdo con las buenas prácticas internacionales aceptadas. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización debe administrar las intervenciones de Vitamin Angels consistentes con las buenas prácticas (es decir, de acuerdo con el entrenamiento/materiales proporcionados por Vitamin Angels) | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización es responsable de distribuir todos los productos proporcionados por Vitamin Angels previo a la fecha de vencimiento. Si no le es posible hacerlo y los insumos vencidos necesitan ser desechados, su organización es responsable del proceso de destrucción y los costos asociados con ello. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización acepta que Vitamin Angels no acepta responsabilidad por cualquier producto donado después de su entrega y recepción por por parte del destinatario; y su organización firmará un documento con Vitamin Angels en el que libera a Vitamin Angels de cualquier responsabilidad, pérdida, daño, costos y gastos relacionados con cualquier reclamación o recurso interpuesto contra el concesionario con respecto al uso de los productos donados por Vitamin Angels. | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización debe buscar la aprobación de Vitamin Angels antes de realizar cualquier declaración que incluya nuestro logotipo, imágenes de nuestros productos o describa nuestro trabajo. Vitamin Angels con gusto proporcionará contenidos aprobados y el uso de nuestro logotipo y aprecia la publicidad. Para más detalles: <https://www.vitaminangels.org/logo-download.form> | | | Sí  No | | |
| 1. Su organización reconoce que a través de su trabajo con Vitamin Angels tendrá acceso a varias fotografías de Vitamin Angels, videos y otro contenido (colectivamente, denominados los "Materiales"). Su organización acepta seguir cualquier guía o limitación con respecto a dichos Materiales, acepta no hacer uso de dichos Materiales sin el permiso de Vitamin Angels y reconoce que Vitamin Angels no puede ser responsabilizada del uso de su organización de dichos Materiales. Su organización accede a ser el único responsable del uso de los Materiales, lo cual puede incluir la determinación de la necesidad o si es aconsejable obtener algún permiso o acuerdo relacionado al uso de los Materiales, y la obtención de dichos consentimientos. | | | Sí  No | | | |
| 1. Su organización asume la responsabilidad de asegurar que todos lo Términos y Condiciones sean transmitidos a todas las organizaciones listadas en la Solicitud de Donación de Vitamin Angels. | | Sí  No | | |

### **Entrega de solicitud**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Organización: | Entregue su solicitud y registro de organización a: [programs@vitaminangels.org](file:///C:\Users\JESUS\Desktop\OCTUBRE\envíeporcorreoa:sbhatte@vitaminangels.org)  O envíe por fax: +1 805-564-8499  O envíe por correo a:  Vitamin Angels, División de Programas  PO Box 4490  Santa Bárbara, CA 94140 EEUU |
| Nombre del Contacto Primario: |
| Título: |
| Fecha: |
| **Firma original (requerido):** |