

## ĐƠN ĐĂNG KÝ - CHỈ DÙNG ĐỂ THAM KHẢO

### A. THÔNG TIN VỀ TỔ CHỨC

Tên Tổ Chức:

Địa Chỉ Gửi Thư:

**Người Liên Hệ Chính/ Trưởng Dự Án cho đơn đăng ký này**

Tên:

Địa Chỉ Email:

Số Điện Thoại:

**Cá nhân sẽ ký hợp đồng nếu được trao tài trợ.**

Tên:

Địa Chỉ Email:

Số Điện Thoại:

**Vui lòng cung cấp mô tả ngắn gọn về sứ mệnh và công việc của tổ chức (tối đa 300 từ).**

### B. ĐỀ XUẤT DỰ ÁN

**Vui lòng mô tả trọng tâm hoặc tầm nhìn cho dự án của quý vị.**

**Quý vị hy vọng đạt được điều gì và sẽ đạt được điều đó bằng cách nào? (tối đa 300 từ)**

*\*Dự án phải hoàn thành chậm nhất vào ngày 31 tháng 10 năm 2024*

**Vui lòng mô tả sự cần thiết của dự án này. (tối đa 300 từ)**

**Quan hệ đối tác được khuyến khích nhưng không bắt buộc.**

**Liệt kê bất kỳ tổ chức hoặc đối tác nào có thể làm việc với quý vị và vai trò của họ trong dự án.**

**Chọn lĩnh vực bối cảnh của Hiệp Hội Đối Tác Cải Thiện Sức Khỏe Toàn Tiểu Bang (SHIP) mà quý vị đang đề xuất thực hiện.**

**Đánh dấu tất cả trường hợp áp dụng.**

- ĂN UỐNG TẠI MN (Ăn Uống Lành Mạnh)
- DI CHUYỂN TẠI MN (Lối Sống Năng Động)
- Lối Sống Không Thuốc Lá Thương Mại Tại MN
- Sức Khỏe Thể Chất Và Tinh Thần Tại MN

**Chọn khu vực thiết lập dự án mà quý vị đang đề xuất làm việc.**

**Chọn tất cả trường hợp áp dụng.**

- Cộng Đồng
- Trường Học
- Y Tế
- Nơi Làm Việc

Nhà Trẻ

**Chọn cộng đồng mà dự án này sẽ tiếp cận.  
Đánh dấu tất cả trường hợp áp dụng.**

- Người từ 65 tuổi trở lên
- Người từ 18 tuổi trở xuống
- Người Da Đen, Người Bản Địa và Người Da Màu (BIPOC)
- Cộng Đồng LGBTQ+
- Cộng đồng người khuyết tật
- Những người có thu nhập thấp hoặc cố định
- Những người có nhu cầu về sức khỏe tâm thần và/hoặc lạm dụng chất gây nghiện
- Khác: \_\_\_\_\_

**Dự án này ước tính sẽ tiếp cận được khoảng bao nhiêu người?**

**Chọn thành phố hoặc các thành phố mà dự án của quý vị sẽ gây tác động.  
Đánh dấu tất cả trường hợp áp dụng.**

- Bloomington
- Edina
- Richfield

**Vui lòng mô tả cách mà công bằng y tế được xem xét trong dự án này.**

**Dự án này tập trung như thế nào vào công bằng y tế và/hoặc tăng cơ hội về sức khỏe sẽ không dành cho hoặc không thể tiếp cận được bởi nhóm đối tượng mục tiêu của quý vị nếu như không có dự án? (tối đa 300 từ)**

**Quý vị dự định tiếp tục, mở rộng hoặc duy trì dự án này như thế nào để nó mang lại lợi ích cho những người khác sau khi nhận được khoản tài trợ của SHIP? Nói cách khác, vui lòng cho chúng tôi biết dự án này có liên quan như thế nào đến mục tiêu lớn hơn hoặc dài hạn mà tổ chức của quý vị có thể đang hướng tới. (tối đa 300 từ)**

**Vui lòng mô tả những thay đổi đối với chính sách, hệ thống hoặc môi trường (PSE) mà quý vị hy vọng dự án này sẽ đạt được. Quý vị có thể sử dụng Hướng Dẫn Định Nghĩa Chương Trình để tham khảo. (tối đa 300 từ)**

**Quý vị có cần thêm hỗ trợ kỹ thuật để xác định thay đổi PSE cho dự án đề xuất của mình không?**

- Có
- Không
- Không chắc

Quý vị dự định truyền đạt sự thành công của dự án này với các đối tác và cộng đồng của mình như thế nào? (tối đa 300 từ)

### C. NGÂN SÁCH

Tổng ngân sách yêu cầu của quý vị cho dự án này là bao nhiêu?

Vui lòng liệt kê số tiền ngân sách được yêu cầu cho mỗi thành phố được phục vụ.  
Nếu dự án phục vụ nhiều thành phố, vui lòng liệt kê số tiền được yêu cầu cho mỗi thành phố.

**Bloomington**

\$

**Edina**

\$

**Richfield**

\$

Khoản tài trợ của SHIP yêu cầu mỗi dự án phải đóng góp bằng hiện vật ít nhất 10% tổng số tiền tài trợ được yêu cầu. Đóng góp đối ứng bằng hiện vật là sự đóng góp phi tiền mặt của đối tác cộng đồng, tính bằng giá trị thị trường của hàng hóa hoặc dịch vụ để hỗ trợ các hoạt động của SHIP.

Ví dụ về đóng góp bằng hiện vật bao gồm thời gian đóng góp của nhân viên, tình nguyện viên, tặng không gian hội họp, tặng dịch vụ in, v.v.

**Tổ chức của quý vị dự định đáp ứng yêu cầu này như thế nào?**

**Vui lòng đưa vào tất cả các khoản đóng góp bằng hiện vật bao gồm cả số tiền.**

Đối tác/nhà cung cấp được chọn sẽ phải ký kết hợp đồng bằng văn bản với Thành Phố Bloomington và sẽ phải tuân thủ mọi điều khoản bổ sung trong đó.