***Este formulario de solicitud de subsidio de organizaciones para el cuidado sanitario / de la Salud (HCO) está destinado al uso por parte de HCO que reúnen los requisitos para los siguientes fines: enviar una solicitud de subsidio para respaldar la asistencia de profesionales sanitarios / de la Salud (HCP) a un congreso científico nacional o internacional, a fin de permitir cualquier formación de los HCP que tenga un impacto significativo y positivo en la atención al paciente. Astellas mantiene una política estricta de no solicitar subsidios y no otorga subsidios con el propósito de inducir o recompensar la prescripción de productos Astellas.***

***Todos los datos recopilados en este formulario tienen el único y exclusivo fin de solicitar el apoyo educativo de Astellas. Los datos no se compartirán con terceros y solo se almacenarán para este fin específico.***

1. **DATOS DEL SOLICITANTE DEL SUBSIDIO**

| **Datos de la organización solicitante** | | |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la HCO: | | |
| Dirección: | | |
| Dirección de correo electrónico: | Sitio web: | |
| ¿Puede confirmar que su organización es una de las siguientes?   1. **Hospital público o gubernamental**   Hospital general, de especialidad o de formación financiado por el gobierno  **O**   1. **Hospital privado**   Tenga en cuenta que es posible que no admitamos solicitudes de hospitales privados, según su país o región.  **O**   1. **Colegios médicos o asociaciones médicas**   Reconocidos a nivel nacional con su propia administración profesional y estructura de gestión formal establecida. Por ejemplo, colegios reales, asociaciones específicas del área de terapia, instituciones, asociaciones, facultades y becas con una estructura de gestión formal establecida.   1. **Otros (**p. ej., universidad, grupo de investigación) | | Confirmo que mi organización es (marque la opción que corresponda):  1. Hospital público/gubernamental  2. Hospital privado  3. Colegio médico/asociación médica  4. Otro, descríbalo: |
| ¿Puede confirmar que su organización **NO** es una de las siguientes?   * Centro de salud/consultorio general * Asociaciones y grupos profesionales no reconocidos a nivel nacional o que son propiedad o están administrados por profesionales de la salud | | Confirmo que mi organización **NO** pertenece a uno de estos grupos. |
| ¿Su organización, o alguno de sus funcionarios o directores, han sido acusados o condenados por cualquier asunto relacionado con soborno, corrupción, fraude o lavado de dinero en los últimos cinco (5) años? | | Confirmo que mi organización NO ha sido acusada ni condenada por ninguno de los asuntos antes mencionados. |
| ¿Puede confirmar que los fondos irán a una cuenta concentradora/cuenta bancaria propiedad de la HCO y que estarán sujetos al proceso o gestión de auditoría interna aplicado por la organización de acuerdo con los requisitos fiscales locales? | | Sí, lo confirmo. |
| **Hospitales**: Confirme el tamaño de su organización: cuántos profesionales sanitarios (HCP) emplea su hospital. Seleccione una opción:  Menos de 50  Entre 50 y 100  Entre 101 y 250  Entre 251 y 500  Más de 500  No se aplica: la organización no es un hospital | | |
| **Colegios médicos o asociaciones médicas:** Confirme lo siguiente:  Su colegio o asociación tiene cobertura nacional (o más amplia).  Su colegio o asociación tiene más de 100 miembros activos.  Su colegio o asociación tiene una secretaría o una persona para supervisar a los miembros y las actividades.  Su colegio o asociación celebra reuniones para sus miembros cada año.  Su colegio o asociación no está organizado con el objetivo principal o único de recibir o desembolsar becas de educación médica.  No se aplica: la organización no es un colegio médico ni una asociación médica.  **Comentarios:** | | |
| ¿Qué temas de educación médica cubrirá este subsidio? | | Oncología  Hematología  Nefrología  Urología  Inmunología (incluido el trasplante)  Salud de la mujer |
| ¿Puede confirmar que la HCO tiene capacidad para organizar y ejecutar los requisitos logísticos de estas solicitudes a través de su propio personal administrativo o de un tercero? | | Confirmo que la organización tiene la capacidad logística requerida. |
| **Acerca de su organización:** (En el espacio provisto a continuación. incluya una descripción breve de su organización y los motivos por los que considera que es una buena candidata para un subsidio de educación médica): | | |

1. **Detalles del evento**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿A qué evento asistirán los HCP para los cuales solicita asistencia?** |  |
| **Fecha y lugar del evento:** |  |
| **Programa/detalles del evento:** | Proporcione o adjunte el programa o los detalles. |
| **Sistema de evaluación de conferencias (CVS), e4ethics:**  ¿Ha recibido el evento una valoración positiva en e4ethics? Esto es necesario para que Astellas considere el respaldo para un evento aplicable.  <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/>  NOTA: Esta evaluación es necesaria para las principales reuniones internacionales que tienen lugar en países dentro del alcance del Código EFPIA y se espera que atraiga a un total de al menos 500 participantes de más de 5 países. Los congresos que son completamente virtuales, sin delegados en persona, no se incluyen. | Sí  No  No se aplica. Explique por qué: |
| **Acreditación de eventos**  ¿Está este evento acreditado por un organismo de acreditación reconocido? | Confirmo que el evento está acreditado. Proporcione los detalles del proveedor acreditado: |
| **Necesita valoración:**  ¿Qué necesidad o brecha educativa respalda esta solicitud? ¿Aborda la actividad médica una necesidad científica o médica importante? ¿Hará mejorar la actividad el conocimiento científico o la práctica clínica? | Brinde detalles: |
| **Resultados educativos:**  ¿Cómo se medirán los resultados educativos? ¿Cómo se medirá el cambio en el conocimiento del HCP? ¿Cómo se medirá el impacto en la atención al paciente? ¿Cómo se compartirá el conocimiento? | Brinde detalles: |

1. **Datos de la solicitud DEL SUBSIDIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ayuda financiera requerida por fecha:** |  |
| **Cantidad de HCP a los cuales tiene la intención de ayudar:** (máximo de 10) |  |
| **Descripción de la ayuda solicitada:** |  |
| **Desglose de los costos del subsidio:**  Proporcione un desglose de los costos de los elementos a los que se destinará la financiación del subsidio. | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Elemento** | **Cantidad de HCP**  Nota: Máximo = 10 | **Costo** | | Registro |  |  | | Viaje (p. ej., vuelo) |  |  | | Alojamiento |  |  | |  |  | **Total\*:** |   \*Importe total destinado a cubrir lo anterior. Astellas analizará en primer término la cantidad solicitada. Si se aprueba, no garantizamos que la cantidad solicitada aquí se otorgue en su totalidad. |
| **¿Ha solicitado apoyo de otras fuentes?** | Si la respuesta es afirmativa, brinde detalles: |
| **Detalles acerca de cómo la ayuda mejorará o mantendrá la atención al paciente:** | **Esta sección debe incluir información sobre lo siguiente:**  ¿Qué necesidad o brecha educativa respalda esta solicitud? ¿De qué forma cubrirá esta propuesta esa necesidad? ¿Cómo afectará positivamente a los pacientes esta ayuda? |
| **Declaración de responsabilidad** | Declaro para todos los efectos legales que la información proporcionada es verdadera y soy responsable de su autenticidad y veracidad.  Nombre:  Cargo:  Fecha: |