***Bu Sağlık Kuruluşu (HCO) Hibe Başvuru Formu, Nitelikli Sağlık Kuruluşları tarafından Sağlık Çalışanlarının (HCP'ler) hasta bakımı üzerinde anlamlı ve olumlu bir etkisi olan Sağlık Çalışanı eğitimini sağlayacak nitelikte ulusal veya uluslararası bir bilimsel kongreye katılımını desteklemek için bir Hibe talebinde bulunması amacıyla kullanılabilir. Astellas, hibe taleplerinde ısrarcı olunmaması konusunda katı bir politika uygular ve Astellas ürünlerinin reçete edilmesini teşvik etmek veya ödüllendirmek amacıyla hibe sağlamaz.***

***Bu formda talep edilen veriler yalnızca, Astellas'tan eğitim desteği talep edilmesi hususi amacı doğrultusunda toplanmaktadır. Veriler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve sadece bu hususi amaç doğrultusunda saklanacaktır.***

1. **HİBE TALEBİNDE BULUNANLAR HAKKINDAKİ BİLGİLER**

| **Talepte Bulunan Kuruluş Hakkındaki Bilgiler** | | |
| --- | --- | --- |
| Sağlık Kuruluşu Adı: | | |
| Adres: | | |
| E-posta adresi: | Web sitesi: | |
| Kuruluşunuzun aşağıdakilerden biri olduğunu onaylayabilir misiniz?   1. **Devlet veya Devlet Hastanesi**   Devlet Destekli Eğitim, İhtisas veya Genel Hastane  **VEYA**   1. **Özel Hastane**   Ülkenize/bölgenize bağlı olarak Özel Hastanelerden gelen talepleri destekleyemeyeceğimizi lütfen unutmayın.  **VEYA**   1. **Tıp Dernekleri veya Birlikleri**   Kendi profesyonel yönetimi ve resmi yönetim yapısı ile yerel düzeyde tanınmaktadır. Örneğin, resmi bir yönetim yapısı bulunan Kraliyet Kolejleri, Tedavi Alanına Özgü Dernekler, Enstitüler, Birlikler, Fakülteler ve Cemiyetler.   1. **Diğer (**Ör. Üniversite, Araştırma Grubu) | | Kuruluşumun bu seçenekte tanımlandığı gibi olduğunu onaylıyorum (lütfen ilgili seçeneği işaretleyin):  1. Devlet/Kamu Hastanesi  2. Özel Hastane  3. Tıp Derneği/Birliği  4. Diğer (lütfen açıklayın): |
| Kuruluşunuzun aşağıdakilerden biri **OLMADIĞINI** onaylayabilir misiniz?   * Sağlık Merkezi/Genel Klinik Uygulama * Yerel düzeyde tanınmayan ve/veya Sağlık Çalışanının Sahip Olduğu/Yönettiği Birlikler ve Mesleki Gruplar | | Kuruluşumun bu gruplardan biri **OLMADIĞINI** onaylıyorum. |
| Kuruluşunuz veya herhangi bir yetkilisi ya da yöneticisi, son beş (5) yıl içinde rüşvet, yolsuzluk, dolandırıcılık veya kara para aklama ile ilgili herhangi bir konuda suçlandı mı veya ceza aldı mı? | | Kuruluşumun listelenen konulardan herhangi biri ile SUÇLANMADIĞINI veya CEZA ALMADIĞINI onaylıyorum. |
| Finansmanın, yerel vergi gereklilikleri doğrultusunda kuruluş tarafından uygulanan iç denetim yönetimine/sürecine tabi bir merkez bankası hesabına gideceğini onaylayabilir misiniz? | | Onaylıyorum |
| **Hastaneler**: Lütfen hastanenizde görevli Sağlık Çalışanlarının (HCP) sayısını belirterek kuruluşunuzun büyüklüğünü teyit edin. Lütfen bir seçenek belirleyin:  50'den az  50 - 100  101 - 250  251 - 500  500'den fazla  Yok - kuruluş bir Hastane değil | | |
| **Tıp Dernekleri veya Birlikleri:** Lütfen aşağıdakileri teyit edin:  Derneğimizin/Birliğimizin ulusal (veya daha geniş) ağı vardır.  Derneğimizin/Birliğimizin 100'den fazla aktif üyesi vardır.  Derneğimizin/Birliğimizin üyeliklerini/faaliyetlerini denetleyecek bir Sekreterliği veya benzeri fonksiyonda bir yetkilisi vardır.  Derneğimiz/Birliğimiz, üyeleri için her yıl toplantılar yapar.  Derneğimizin/Birliğimizin öncelikli kuruluş amacı, tıp eğitimi hibelerini almak/dağıtmak değildir.  Yok - kuruluş bir Tıp Derneği veya Birliği değildir  **Yorumlar:** | | |
| Bu hibe hangi tıbbi eğitim konularını kapsayacak? | | Onkoloji  Hematoloji  Nefroloji  Üroloji  İmmünoloji (transplantasyon dahil)  Kadın Sağlığı |
| Sağlık Kuruluşunun kendi idari personeliniz veya üçüncü bir taraf aracılığıyla bu taleplerin lojistik gereksinimlerini organize etme ve yürütme yeterliliğine sahip olduğunu teyit edebilir misiniz? | | Kuruluşun gerekli lojistik yeterliliğe sahip olduğunu onaylıyorum. |
| **Kuruluşunuz Hakkında:** (Lütfen kuruluşunuzun kısa bir açıklamasıyla birlikte, Tıbbi Eğitim Bursu için iyi bir aday olduğuna inanmanızın gerekçelerini aşağıdaki alanda belirtin): | | |

1. **Etkinlik Bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sağlık Çalışanlarının hangi etkinliğe katılmasını istiyorsunuz?** |  |
| **Etkinlik Tarihi ve Yeri:** |  |
| **Etkinlik Gündemi/Ayrıntıları:** | Lütfen gündemi/ayrıntıları girin veya ekleyin. |
| **Konferans İnceleme Sistemi (CVS), e4ethics:**  Etkinlik e4ethics'te olumlu bir değerlendirme aldı mı? Bu bilgi, Astellas'ın geçerli bir etkinliğe destek sağlamayı değerlendirmesi için gereklidir.  <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/>  NOT: Bu değerlendirme, EFPIA Kuralları kapsamındaki ülkelerde gerçekleştirilen ve 5'ten fazla ülkeden toplam en az 500 katılımcının katılması beklenen büyük uluslararası toplantılar için gereklidir. Delegelerin yüz yüze katılımının olmadığı, tümüyle sanal ortamda gerçekleşen kongreler kapsam dışıdır. | Evet  Hayır  Yok Lütfen nedenini açıklayın: |
| **Etkinlik Akreditasyonu**  Bu etkinlik tanınmış bir akreditasyon kuruluşu tarafından akredite ediliyor mu? | Etkinliğin akredite edildiğini onaylıyorum. Lütfen akreditasyon kuruluşunun bilgilerini girin: |
| **Değerlendirme Gerekiyor:**  Bu talep hangi eğitim gereksinimini veya eksiğini desteklemeye yöneliktir? Tıbbi Faaliyet önemli bir bilimsel/tıbbı gereksinime cevap verir nitelikte mi? Bu faaliyet bilimsel bilgileri veya klinik uygulamayı geliştirecek mi? | Lütfen ayrıntıları girin: |
| **Eğitim Sonuçları:**  Eğitim sonuçları nasıl ölçülecek? Sağlık Çalışanının bilgi birikimindeki değişim nasıl ölçülecek? Hasta bakımı üzerindeki etki nasıl ölçülecek? Bilgi nasıl paylaşılacak? | Lütfen ayrıntıları girin: |

1. **Hibe talebine ilişkin bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hibe desteğinin gerekli olduğu tarih:** |  |
| **Desteklemeyi düşündüğünüz Sağlık Çalışanı sayısı:** (maksimum 10) |  |
| **Talep edilen desteğin tanımı:** |  |
| **Hibenin Maliyet Dökümü:**  Hibe ödeneğinin tahsis edileceği kalemleri içeren bir maliyet dökümü sağlayın | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Kalem** | **Sağlık Çalışanı sayısı**  Not: Maksimum = 10 | **Maliyet** | | Kayıt |  |  | | Seyahat (ör. Uçuş) |  |  | | Konaklama |  |  | |  |  | **Toplam\*:** |   \*Yukarıdakileri karşılaması beklenen toplam tutar. Talep edilen miktar, ilk olarak Astellas tarafından incelenecektir. Onaylanırsa burada talep edilen miktarın tam olarak verileceğini garanti etmiyoruz. |
| **Başka kaynaklardan destek istediniz mi?** | Evet ise lütfen ayrıntıları belirtin: |
| **Desteğin hasta bakımını nasıl geliştireceğine ilişkin ayrıntılar** | **Bu bölüm aşağıdakilerle ilgili bilgileri içermelidir:**  Bu talep hangi eğitim gereksinimini veya eksiğini desteklemeye yöneliktir? Bu teklif bu ihtiyacı nasıl karşılayacak? Hastalar bu destekten nasıl olumlu etkilenecek? |
| **Sorumluluk Beyanı** | Sağlanan bilgilerin tüm yasal amaçlar açısından doğru olduğunu ve bu bilgilerin güvenilirliğinin yanı sıra gerçekliğinden sorumlu olduğumu beyan ederim.  Adı:  Unvanı:  Tarih: |