**Demande de prolongation de l’aide ciblée aux pays – Modèle d’argumentaire**

**Modèle d’argumentaire de la demande de prolongation budgétisée de l’aide ciblée aux pays**

Veuillez consulter les orientations en pièce jointe avant de remplir le présent formulaire de demande.

## Processus de la demande

Le présent modèle d’argumentaire vous permet d’apporter plus de détails et de justifier la prolongation des activités qui figurent dans votre demande.

Une fois rempli, ce modèle d’argumentaire devra être signé par la ou le gestionnaire du programme élargi de vaccination (ou son pouvoir délégué) et envoyé à l’adresse [proposals@gavi.org](mailto:proposals@gavi.org), avec le gestionnaire principal de pays et le gestionnaire (principal) du programme de Gavi en copie.

La **date limite d’envoi** de cette demande de prolongation est le **19 septembre 2025.**

Votre demande doit répondre aux conditions suivantes :

* Inclure un plan complet de l’aide ciblée aux pays basé sur le Plan de travail budgétisé pour la prolongation de l’aide ciblée aux pays (Annexe C), limité aux activités proposées dans le cadre de la prolongation, et précisant les partenaires qui assurent actuellement des fonctions d’assistance technique.
* Être approuvée par la ou le gestionnaire du programme élargi de vaccination (ou fonction équivalente).

Modèle d’argumentaire de la demande de prolongation :

Veuillez répondre aux questions suivantes (une à deux pages) concernant la prolongation des activités prioritaires d’assistance technique :

1. Pour quelles raisons souhaitez-vous prolonger ces activités, et de quelle manière vont-elles contribuer à assurer la continuité des programmes essentiels de vaccination au cours de cette période ?

|  |
| --- |
|  |

2. Dans quelle mesure les activités proposées sont-elles alignées sur les autres subventions soutenues par Gavi (comme le programme du Fonds d’accélération de l’équité, les campagnes ou l’assistance technique fondamentale) ?

|  |
| --- |
|  |

3. Votre pays anticipe-t-il des risques importants en cas d’arrêt ou de suspension d’autres activités ?

|  |
| --- |
|  |

## Approbation du pays :

**Signature de la ou du gestionnaire du programme élargi de vaccination *(ou du pouvoir délégué)***

|  |
| --- |
| **Signature de la ou du gestionnaire du programme élargi de vaccination (ou du pouvoir délégué)** |
| Nom : |
| Date : |
| Signature : |

En copie :

* Gestionnaire principal de pays et gestionnaire (principal) du programme de Gavi