



OLYMPUS CORPORATION OF THE AMERICAS SUBVENÇÕES PARA A AMÉRICA LATINA- LISTA DE VERIFICAÇÃO

Esses documentos listam as informações e os anexos necessários para iniciar o processo de **subvenções** para a América Latina.

Revise as descrições de categoria abaixo e clique em um botão para navegar diretamente para uma lista de verificação

Registro

O usuário deve preencher um **Registro** de uma só vez, a fim de enviar pedidos de subvenção em nome da organização

Subvenções de Educação Médica

Educação Médica e Microscopia

Conferências educacionais ou workshops presenciais para profissionais de saúde ou microscopistas, programas de educação a distância e programas de educação para pacientes, sendo que todos eles devem ser **abertos e divulgados para participantes de várias instituições**; também inclui bolsas **clínicas** para profissionais de saúde **coordenadas por sociedades médicas**

Defensa

Procedimentos e Programas de Exames Preventivos para Pacientes

Inclui: atendimentos, procedimentos e programas de exames preventivos gratuitos para pacientes qualificados e divulgados para a comunidade como um todo, não apenas para os pacientes de um único centro.

As informações completas de elegibilidade do programa serão regularmente atualizadas em <https://www.olympusconnect.com/GrantApplication.asp>.



LISTA DE VERIFICAÇÃO - REGISTRO
Itens são necessários salvo indicação em contrário

Informações da organização	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
País	<i>Canada, United States, Colombia, Argentina, Mexico, Brazil, etc</i>
CNPJ (required for ALL Organizations)	O número atribuído à Organização pela autoridade fiscal local.
Razão Social da Organização	Nome oficial de sua organização, conforme refletido em sua documentação fiscal.
Você faz parte de uma organização matriz maior?	Em caso afirmativo, o nome legal da organização, o endereço da organização, o requeridos. Capítulo / Filial / Departamento (de aplicável)
Tipo da Organização	<i>Sociedade Médica / Associação, Associação Nacional / Regional, Organização de Advocacia ao Paciente, Hospital Privado, Hospital Público, Associação Científica, Associação de Médicos / Acadêmicos, Universidade / Faculdade, Outro</i>
Status Fiscal	<i>501c3, 501c6, outras organizações sem fins lucrativos.</i> Para Organizações localizadas na América Latina, selecione "outras organizações sem fins lucrativos"
Descrição da Organização	Declaração de missão e / ou descrição de perícia específica (limite de 500 caracteres)
Documentação Fiscal	Carregar documento de autoridade tributária local
Documentos que regulam a organização	Para Organizações localizadas na América Latina, incluindo Porto Rico, faça o upload do Documento Governante, Estatutos ou Contrato Social
Endereço, Cidade, Estado, Código Postal	Para organizações com vários departamentos / locais, este endereço deve Refletem seu departamento / local específico
URL do Website	
A sua organização é credenciada?	Organizações em América Latina, por favor selecione "não"
Há quantos anos a sua organização está no mercado? (OPCIONAL)	(anos)

Informações da organização	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Endereço de E-mail e senha desejada	Um endereço de e-mail pode ser associado com apenas uma organização na sistema. A senha deve ter de 8 a 12 caracteres
Título, Nome, Sobrenome, Cargo	
Telefone Principal e Secundário (requeridos), Fax (opcional)	Telefone principal: número de telefone para chegar até você durante o horário comercial; Telefone secundário: um número alternativo a ser usado no evento tentativas usando o número primário são malsucedidas. Inclua o código do país.
Nome e E-mail do Contato Secundário (requeridos), Telefone (opcional)	Um contato profissional alternativo para ser usado para assuntos urgentes se você não puder ser alcançado

Você possui autoridade legal para assinar a Carta de Acordo de Olympus (se o apoio é aprovado)?	Você está autorizado a assinar contratos legais em nome da sua organização? Se não, forneça as informações de contato para o Signatário Autorizado. O Signatário autorizado será contactado directamente pela Olympus caso seja feita uma adjudicação. Por favor, avise o signatário que ele / ela foi designado
Compromisso de Cumprimento da Olympus	Os solicitantes devem rever e concordar com todos os termos de Compromisso de Cumprimento da Olympus

Ao clicar em **Prosseguir**, o pedido será enviado. Solicitante receberá na tela confirmação e e-mail de confirmação de envio bem sucedido. Se você não receber um e-mail de confirmação, entre em contato com ocagrants@olympus.com ou 484-896-3939



LISTA DE VERIFICAÇÃO- EDUCAÇÃO MÉDICA
Itens são necessários salvo indicação em contrário

Informações Gerais	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
País onde o programa é realizado	Selecionar o país ou território (se for Porto Rico) em que o evento ocorrerá. (<i>Mexico, Brazil, Colombia, Ecuador, etc</i>)
Tipo de Programa	<i>Educação para Profissional de Saúde, Educação para Microscopista, Paciente Educação, Fellowship</i>
Área Terapêutica	<i>Anestesiologia, Bariátrica, ENT, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Microscopia, Pneumologia, Cirurgia Torácica, Urologia, Outro</i>
Estado da Enfermidade	
Título do Programa	Título ou nome do seu programa educacional
Descrição do Programa/Atividade	Um resumo de alto nível do seu programa (até 1000 caracteres); formal Carta de solicitação deve ser anexada mais tarde, mas este campo é obrigatório e deve fornecer uma visão geral concisa
Suporte solicitado por Olympus	<i>Financeiro; Produto- Olympus;</i> (Selecione todos os que se aplicam.) Pedido financeira e de produto deve ser apresentado em uma aplicação. O suporte ao produto está disponível apenas para México, Brasil e Porto Rico
Decisão de Financiamento Necessária até Data	Esta data deve ser daqui a pelo menos 60 dias da data de hoje. Esta data deve ser a data inicial da primeira atividade do programa.
Quantia requisitada da Olympus	Quantidade requerida da Olympus (USD); Se não houver apoio financeiro Procurado, insira zero
Custos Totais do Programa	Este valor deve reflectir todas as despesas previstas para o programa, não limitado à porção / sessões do programa para o qual o apoio Olympus é procurado (USD)
O suporte financeiro está sendo procurado de outras fontes para este programa?	Se sim, favor indiciar os potenciais financiadores
Nome da instituição financeira da Organização na qual o apoio financeiro da Olympus seria depositado.	Nome completo do banco onde os fundos serão depositados se o apoio for aprovado.
Qual das seguintes alternativas melhor descreve como qualquer apoio financeiro prestado pela Olympus seria depositado?	Selecione a opção que melhor descreve como os fundos serão depositados: <ul style="list-style-type: none">- <i>Os fundos serão depositados em uma conta bancária geral da Organização</i>- <i>Os fundos serão depositados em conta bancária da Organização designada especificamente para os fundos de vários eventos financiados por subvenções</i>- <i>Os fundos serão depositados em uma conta bancária da organização designada especificamente para os fundos de eventos específicos financiados por subvenções</i>- <i>Outros - Por favor, descreva:</i>
O suporte financeiro está sendo procurado de outras fontes para este programa?	Se sim, Indique potenciais representantes do produto

Receita Antecipada das Inscrições	Dólares americanos; Se não aplicável, insira zero
Receita antecipada de concessão (Subvenções) de apoio	Inclusão de apoio de subvenção antecipado da Olympus (USD); Se não aplicável, insira zero
Receita antecipada pelo patrocinador/suporte da exibição	Dólares americanos; Se não aplicável, insira zero
Receita antecipada - Other	Dólares americanos; Se não aplicável, insira zero
Total de receita antecipada	Este campo calculará a partir dos quatro campos de receita acima
O sacador está na lista de Hospitais de Ensino CMS ou é filial de uma organização listada?	A lista CMS Teaching Hospitals está disponível para revisão nesta página. Para usuários da América Latina, selecione "não"

Solicitar Informações	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Sumário da Avaliação de Necessidade	Um resumo de alto nível das lacunas de conhecimento e prática em que o Os objetivos educacionais são baseados (até 1000 caracteres)
Competências que serão alcançadas pela requisição	<i>Conhecimento Médico, Cuidado do Paciente, Aprendizagem Baseada na Prática, Profissionalismo, Práticas Baseadas em Sistemas, Habilidades Interpessoais e de Comunicação, Habilidades Técnicas</i> (selecione todos os aplicáveis) As descrições das competências ACGME: http://www.ecfmg.org/echo/acgme-core-competencies.html
Você está firmando parceria com uma empresa de resultados?	Se sim, forneça o nome
Objetivos Educacionais	Adicione um objetivo por caixa e clique no ícone de disquete para salvar. (Limite de 255 caracteres.)

Analisar sua agenda e determinar o número e o(s) tipo(s) de **Atividades** que compõem seu evento. Uma **Atividade** consiste em **Formato de Apresentação**: a maneira pela qual o conteúdo educacional da atividade é apresentado (palestra, workshop prático, caso em tempo real etc.)

Por exemplo, se o programa tiver uma conferência didática de sexta-feira e sábado para todos os participantes, o sábado entrega workshops para médicos e as sessões complementares de segunda-feira para residentes, três atividades devem ser inseridas.

Formato de Entrega		Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Tipo de Formato de Entrega	<i>Atividades ao Vivo, Web</i>	
Formato de Entrega (Opções disponíveis depende do tipo selecionado no campo anterior)	Atividades ao Vivo - <i>Hands On Workshop, Lecture/Didactic Session, Live Case, Satellite Symposium, Symposium, Research Conference, Medical Society Administered Fellowship, Institution-Specific Fellowship</i> Web - <i>Application (App) or Podcast, Online Symposium, Online Education/Training Module, Online Posting/Archive, Webcast/Live Online</i>	
Nº de Oradores/Membros do Corpo	Número de oradores / professores para essa atividade específica	
Data Inicial e Final da Atividade		
URL da Web (opcional)	Página da Web exibindo detalhes do programa e / ou registro	
Local, Cidade, Estado, Código Postal, País (necessário para atividades ao vivo)		
URL da Local (opcional)	Página web para o local físico (por exemplo, hotel, centro de conferências) onde Programa ao vivo será realizado	
Alcance Geográfico	<i>Local, regional, nacional, internacional</i>	
Táticas de Geração de Público	Resposta de texto livre (por exemplo, duas explosões de email para 25.000 destinatários, anúncio publicitário)	
Você está em busca de apoio produto da Olympus para esta atividade?	<i>Sim / não</i>	
Se Sim, faça o upload de um Formulário de Suporte de Produto (necessário para cada atividade que busque suporte ao produto Olympus)	Usando os links fornecidos, baixe o Formulário de Suporte de Produto apropriado. Salve-o localmente no seu computador e preencha todos os campos obrigatórios. (Não se esqueça de guardar novamente!) Faça upload de um formulário preenchido para cada atividade para a qual o suporte ao produto Olympus é solicitado. Latin America Medical/Surgical Products Support Form: https://www.olympusconnect.com/USMedicalProductSupportForm.xls	
Grupo de Público	<i>Médicos, Enfermeiros Registrados, Médicos Assistentes, Enfermeiros, Pacientes, Microscopistas, Outros</i>	
Especialização	<i>Anesthesiology, Emergency Medicine, Gastroenterology, Gynecology, Internal Medicine, Otolaryngology, Pathology, Pediatrics, Pulmonology, Sleep Medicine, Surgery-Colon & Rectal, Surgery-General, Surgery-Thoracic, Urology, Other, N/A</i>	
Categoria de Crédito	<i>Opções: N/A, AACP, AAFP, AAN, AANP, AAPA, ACCME, ACCP, ACPE, AMA, AMCP, ANCC, AOA, APHA, ASCP, NAPNAP, RSPSC, Other</i> Para organizações latino-americanas, selecione N / A	
Categoria de Horas de Crédito CE/CME	Se a Categoria de Crédito é 'N/A', digite zero para a Categoria de Horas de Crédito CE/CME.	
Número válido de Convites Previstos para Serem Distribuídos		
Número Válido de Alunos Previstos.		

A guia **Orçamento** exibirá dois valores inseridos na guia Informações gerais: Custos totais do programa (da página anterior) e Quantidade solicitada da Olympus (da página anterior). Você será obrigado a construir um orçamento de item de linha detalhando as despesas / custos gerais do programa e como você alocará os fundos solicitados pela Olympus.

À medida que você insere despesas na ferramenta de orçamento, os campos rotulados Custos totais do programa (calculados a partir das guias abaixo) e Quantidade solicitada da Olympus (calculado a partir das abas abaixo) serão atualizados automaticamente. **IMPORTANTE: insira despesas na ferramenta de orçamento até que os valores calculados correspondam com precisão aos valores inseridos na guia Informações gerais.**

Suas **despesas** completas do programa devem ser representadas no orçamento, não limitado às categorias de orçamento para as quais o suporte Olympus é solicitado.

Descriptive Comments are required if the category Other is used. Comments are strongly encouraged for all fields. Entries must be made in US Dollars (USD)

Orçamento	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Administração de conta e atividade	<i>Gestão de Logística, Gestão Financeira, Gestão de conteúdo, Gestão de geração de public, Outro,</i>
Custos relacionados aos créditos	<i>Custos relacionados aos créditos</i>
Desenvolvimento de Conteúdo	<i>Criativa, Editorial, Escrita médica, Outro</i>
Viagem de Educadores e Funcionários O suporte de subvenções da Olympus não pode ser utilizado para viagens, alojamento, refeições ou outras despesas dos "profissionais de saúde" ou "microscopistas, no entanto, essas despesas devem ser incluídas no orçamento do programa,	<i>Passagens Aéreas do Corpo Docente Reembolso de milhas dos professores universitários Transporte dos professores universitários Hospedagem dos professores universitários Refeições dos professores universitários Passagens aéreas dos funcionários Reembolso de milhas dos funcionários</i>
Honorários <i>Suportes de subvenções da Olympus não podem ser utilizados para os honorários. no entanto, essas despesas devem ser incluídas no orçamento do programa,</i>	<i>É necessário um detalhe: Papel (Presidente, Co-Presidente, Faculdade, Companheiro - Stipend, Fellow - Benefícios, Revisor de pares, Paciente padronizado) e Taxa horária X Número de horas X Número de pessoas</i>
Refeições <i>o suporte de subvenção da Olympus não pode ser usado para refeições de profissionais da saúde ou "microscopistas". no entanto, essas despesas devem ser incluídas no orçamento do programa.</i>	<i>É necessário um detalhe: Refeição (café da manhã, almoço, jantar, intervalos / lanches, outro) e Custo por item X Itens por pessoa X Número de pessoas</i>
Logística do Encontro	<i>Sala(s) de Reunião, Equipamento A/V - Aluguel e mão de obra, Aparelho - Aluguel a mão de obra, Custos de teleconferencia, Custos de congresso/associação, Assistência local aos encontros, Outro</i>
Resultados	<i>Desenvolvimento de Levantamentos, Geração de análise dos dados/relatório, Paceria de resultados, Outro</i>
Produção e Envio	Ao Vivo- <i>Design, Impressão e Produção; Envio e frete; Geração de audiência; De outros</i> Atividades da Web - <i>Desenvolvimento, Hospedagem, Manutenção, Geração de Audiência, Design, Impressão e Produção, Outros</i>

Envio de Documentos	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
O atual formulário W-9 em seu perfil está atualizado?	Organizações latino-americanas - selecione N / A
Carta precatória	Carta descrevendo o programa e solicitou o apoio do Olympus
Agenda detalhada	Para eventos educacionais ativos, a agenda fornecida deve incluir detalhes de hora em hora do conteúdo a ser apresentado.
Convite / Panfleto / Material de marketing	Para eventos educacionais ao vivo, a agenda fornecida deve incluir uma hora por hora detalhada de todo o conteúdo a ser apresentado.
Lista do Conselho de Administração	Lista dos membros atuais do conselho da Organização
Orçamento detalhado	Amostra de material de marketing do programa
Plano de medição de resultados	List of current board members of the Organization
Avaliação de Necessidade	
Autoridade fiscal relevante	Documento tributário/ fiscal. Este documento é obrigatório para países da América Latina.
Documentos que regulam a organização	Este documento é obrigatório para países da América Latina.
Documento Adicional	Campos adicionais estão disponíveis para nomear e anexar documentos de sua escolha

Dados de Credenciamento	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
O programa está credenciado?	Se o programa estiver credenciado, selecione "sim"
Se o programa estiver credenciado, sua organização é o credenciado?	Se sim, identifique qual das credenciais da sua organização se aplica a este programa e faça o upload de uma cópia atual do certificado de acreditação. Se não, forneça o nome da organização do credenciado, o nome da pessoa de contato, o endereço de contato da pessoa, o endereço, o número de telefone e o corpo de credenciamento associado. Accreditor será contatado diretamente pelo Olympus se um prêmio for feito. Por favor, alerte o contato do credor que ele / ela foi designado
Você estará trabalhando com um implementador de terceiros / parceiro educacional?	Se sim , forneça o nome da organização do parceiro educacional, o nome da pessoa de contato, o endereço de e-mail, o endereço e o número de telefone da pessoa de contato
Ao verificar esta caixa, certifico que este programa está credenciado e todos os elementos credenciados do programa respeitarão as condições estabelecidas pelo associado.	

Signatário autorizado e Beneficiário	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Signatário autorizado e Beneficiário	Verifique ou forneça o nome e o endereço de e-mail do indivíduo autorizado a assinar uma carta de acordo em nome da organização solicitante. O Signatário autorizado será contatado diretamente pela Olympus, caso um prêmio seja feito. Por favor, informe o signatário de que ele / ela foi designado
Informações do beneficiário / endereço de remessa (N / A para solicitações somente para produtos)	Organizações latino-americanas - endereço associado à conta bancária da Organização.

Resumo da Solicitação	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Resumo da Solicitação	O resumo de todas as informações fornecidas pelo requerente é prestado aqui
Acordo	O requerente deve concordar com os termos de concessão da Olympus (por exemplo, envios incompletos (incluindo formulários de suporte de produto incompletos) serão considerados inelegíveis; termos de comprometimento de conformidade da Olympus; o pessoal de vendas / marketing da Olympus não deve ser contatado em relação a concessões)
Enviar	Ao clicar em Proceder , o pedido será enviado. O requerente receberá confirmação na tela e confirmação por e-mail da apresentação bem-sucedida. Se você não receber um email de confirmação, entre em contato com ocagrants@olympus.com ou 484-896-3939



LISTA DE VERIFICAÇÃO- DEFENSA
Itens são necessários salvo indicação em
contrário

Visão geral	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Tipo de Programa	<i>Triagem de Paciente</i>
Área Terapêutica	<i>Anestesiologia, Bariatria, ENT, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Microscopia, Pneumologia, Cirurgia Torácica, Urologia,</i>
Declaração de Objetivos da Organização	<i>Limite de 500 caracteres</i>
Foco geográfico da Organização	<i>Local, Regional, Nacional, Internacional</i>
Endereço do site da organização	Opcional
Título do Programa	Nome descritivo do seu programa
Nome descritivo do seu programa	Um resumo de alto nível do seu programa (até 500 caracteres); adicional anexos, como uma carta formal de pedido, podem ser fornecidos em outro lugar, mas este campo é obrigatório
Descreva o Impacto Pretendido	Incluir número antecipado de beneficiários diretos
Suporte solicitado da Olympus	<i>Financeiro; Produto - Olympus; Produto - Spiration (não selecione Spiration)</i>
Formulário de Equipamentos Olympus	Se o suporte do produto for solicitado, use o link fornecido para baixar o Formulário de suporte ao produto. Salve-o localmente em seu computador e complete todos os campos obrigatórios. (Não esqueça de salvar novamente!) Faça o upload do formulário preenchido. Formulário de Equipamentos Olympus https://www.olympusconnect.com/PatientScreeningProductSupportForm.xls Os pedidos enviados com formulários incompletos não serão revistos
Data de início	
Data de Conclusão	
Foco Geográfico da Solicitação	<i>Local, Regional, Nacional, Internacional</i>
Quantia requisitada de Olympus	Quantidade solicitada a Olympus (USD); se nenhum apoio financeiro for procurado, entre zero
Orçamento Total do Programa	Esse valor deve refletir todas as despesas antecipadas para o programa geral, não limitado à porção / sessões do programa para o qual o apoio da Olympus é procurado (USD)

Envio de Documento	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
O atual formulário W-9 em seu perfil está atualizado?	N/A - Fora dos EUA
Convite/Folheto/Material de marketing	Amostra de material de marketing do programa
Lista do Conselho de Administração	Necessário para a América Latina
Orçamento Detalhado	
Agenda del Programa	

Signatário autorizado e Beneficiário	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Signatário autorizado e Beneficiário	Verifique ou forneça o nome e o endereço de e-mail do indivíduo autorizado a assinar uma carta de acordo em nome da organização solicitante. O Signatário autorizado será contatado diretamente pela Olympus, caso um prêmio seja feito. Por favor, informe o signatário de que ele / ela foi designado
Informações do beneficiário / endereço de remessa (N / A para solicitações somente para produtos)	Organizações latino-americanas - endereço associado à conta bancária da Organização.

Resumo da Solicitação	Descrição do Campo ou Opções Disponíveis para Seleção
Resumo da Solicitação	O resumo de todas as informações fornecidas pelo requerente é prestado aqui
Acordo	O requerente deve concordar com os termos de concessão da Olympus (por exemplo, envios incompletos (incluindo formulários de suporte de produto incompletos) serão considerados inelegíveis; termos de comprometimento de conformidade da Olympus; o pessoal de vendas / marketing da Olympus não deve ser contatado em relação a concessões)
Enviar	Ao clicar em Proceder , o pedido será enviado. O requerente receberá confirmação na tela e confirmação por e-mail da apresentação bem-sucedida. Se você não receber um email de confirmação, entre em contato com ocagrants@olympus.com ou 484-896-3939