

**טופס הגשת בקשה למענק עבור תוכניות הסברה וחשיפה של תחום המוגבלות השכלית התפתחותית בקהילה, ברשויות המקומיות**

עודכן בתאריך : 08.02.21

**תאריך:**

**שימו לב :** יש למלא את הטופס באמצעות המחשב בלבד. טפסים שימולאו בכתב יד לא יתקבלו.

יש לשלוח את טופס הבקשה באמצעות הדוא"ל בפורמט word ולהוסיף טופס חתום סרוק בפורמט PDF-

הבקשות יועברו לדיון **רק** במידה וכל המסמכים/חתימות הוגשו במלואם**.**

למידע נוסף [בהנחיות להגשת הבקשה למענק עבור תוכניות הסברה וחשיפה](http://kshalem.b2p.co.il/grant/%d7%94%d7%a0%d7%97%d7%99%d7%95%d7%aa-%d7%9c%d7%94%d7%92%d7%a9%d7%aa-%d7%91%d7%a7%d7%a9%d7%94-%d7%9c%d7%9e%d7%a2%d7%a0%d7%a7-%d7%a2%d7%91%d7%95%d7%a8-%d7%aa%d7%95%d7%9b%d7%a0%d7%99%d7%95%d7%aa-%d7%94/?taxgr=6)

****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם הרשות הפונה |  | פרטי התקשרות  נייד ואימייל |  |
| שם איש קשר בארגון |  | תאריך הגשת הבקשה |  |

1. שם המיזם-
2. משך המיזם-
3. תקציר (תיאור קצר וממצה של מהות המיזם תוכן וייעודו)-
4. פירוט מטרות ויעדי המיזם -
5. שותפים-
6. תיאור קהלי היעד ומספר המשתתפים -
7. מיקום-
8. מועדים ולוחות זמנים-
9. כאשר מדובר באירוע יש לצרף סדר יום ונוסח הזמנה-
10. אשכול רשות -
11. מס' משתתפים (אם מדובר במספר אירועים, יש לציין מס' משתתפים בכל אירוע ואת מספר  
     המשתתפים הכולל) -
12. יש לצרף הצעות מחיר ולמלא את הטבלה הבאה בפירוט המירבי על פי הדוגמא-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **סעיף תקציבי** | **עלות** | **הערות** |
| לדוגמא- מסע אופנים משולב | 5,000 | אופניים ל X משתתפים |
| לדוגמא- הרצאה/מופע | 3500 | בנושא הורות מיוחדת |
| לדוגמא- אירוע חנוכה/ פורים קהילתי |  | דוכנים שמפעיליהם יהיו אנשים עם מש"ה |
| **סה"כ כולל מע"מ** | **8,500** |  |

1. תקציב המיזם:
2. פרוט הגורמים המממנים -יש למלא את הטבלה הבאה בפירוט המירבי ע"פ הדוגמא:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הגורם** | **סכום** | **אחוז ההשתתפות** |
| לדוגמא- מח' הספורט | 1,000 | 11% |
| לדוגמא- עמותת פסגות | 2,000 | 25% |
| לדוגמא- נותן חסות | 1,250 | 14% |
| סכום הבקשה מקרן שלם | 4250 | 50% |
| **סה"כ כולל מע"מ** | **8500** |  |

**הסכום שיאושר על ידי הקרן יהיה אחוז ההשתתפות של הקרן מהעלות הכוללת של התוכנית כפי שהגישו הארגון/הרשות לוועדה.   
באם העלות תפחת, השתתפות הקרן תפחת בהתאם, אם העלות תגדל השתתפות הקרן לא תשתנה.**

**חתימת מנהל/ת האגף לשירותים חברתיים** :

שם :       תאריך:       חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**המלצה וחתימת המפקח המחוזי, מינהל מוגבלויות, משרד העו"ר והש"ח :**

המלצה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם :       תאריך:       חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* יתכן ובהמשך ידרשו המלצות של גורמים נוספים על פי דרישת הקרן.

****