

**טופס תקציר פרויקט להגשה לקרן שלם**

תאריך עדכון אחרון : 12.01.23

**תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**א. פרטי הרשות**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **רשות מקומית** | **אשכול סוציואקונומי** | **מספר תושבים** | **כתובת הרשות** | **טלפון איש קשר מח' רווחה** | **דוא"ל איש קשר במח' הרווחה** |
|  |  |  |  |  |  |

**ב. פרטי המסגרת**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם המסגרת** | **כתובת** | **טלפון** | **גורם מפעיל** |  |
|  |  |  |  |  |
| **שם מנהל המסגרת** | **טלפון נייד** | **דוא"ל (של מנהל המסגרת או המסגרת עצמה )** | | |
|  |  |  | | |

**ג. פרטי הנכס**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **בעלות הנכס** | **מספר שנות שכירות** | **היתר** |
|  |  | **יש לצרף אישור מהנדס שהמבנה והשימוש בו תואמים את ההיתר ו/או התכניות החלות במקרקעין.** |

**ד. שם המסגרת ופירטי מקבלי השרות**

**נא לציין בטבלה סוג / אפיון המסגרת:**

מעון יום שיקומי, מעון מסיכון לסיכוי, הארכת יום/ומועדונית 6-21/3-6 , מפעל מוגן, מרכז רב נכותי, מעש, מכללה תעסוקתית, מרכז יום טיפולי סיעודי/נכים פיזיים, מרכז יום לגמלאים, מועדון חברתי 21+, דירה, הוסטל, נופשון, מרש"ל לקוי ראיה/לקוי שמיעה, מרכז למשפחה, מרכז לחיים עצמאיים, אחר (יש לציין שם המסגרת).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **סוג ושם המסגרת** | **גיל** | **סך מס' האנשים במסגרת** | **מס' האנשים המאובחנים ומוכרים עם מש"ה** | **מס' אנשים עם מוגבלות חושית/פיזית/הנמכה קוגניטיבית** | **רמת תפקוד**  **עצמאי/טיפולי/סיעודי/גמלאי** |
|  |  |  |  |  |  |

**ה. מסגרות הארכת יום**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **גיל** | **סוג מסגרת** | **שם המסגרת** | **סה"כ ילדים/תלמידים במסגרת** | **סה"כ מקבלי שרות ביום שהות ארוך (סמל מסגרת רווחה)** | **מספר התלמידים המקבלים שרות במסגרת הארכת היום** | | |
| **3-6** | גן |  |  |  | מס' מש"ה: | מס' שיקום/הנמכה : קוגניטיבית | מס' לקות חושית: |
| **6-21** | בית ספר |  |  |  |  | | |

**ו. נושא הבקשה ועלויות**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **נושא הבקשה** | **העלות הכוללת (כולל מע"מ)** | **מענק מבוקש מקרן שלם** |
| בניה /הרחבה/שיפוץ/חצר (סמן) |  |  |
| ציוד/אחר (נא לסמן) |  |  |

**ז. חתימות- אין לשלוח טופס ללא חתימות**

****

**אישור והמלצת מנהל/ת המחלקה לשירותים חברתיים:**

שם + שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אישור והמלצת המפקח/ת:**

א. הנני מאשר/ת שהמבנה עומד בדרישות ואישורים של מערכת "נתיב"

ב. תאריך ביקור אחרון במסגרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם+ שם משפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חותמת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_