**טופס הגשת בקשה למענק עבור מיזמים חברתיים במרחב הכפרי ובפריפריה, 2023**

עודכן בתאריך : 08.06.23

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

**תאריך:**

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

הבקשות יועברו לדיון **רק** אם כל המסמכים הוגשו חתומים, ובמלואם.

למידע נוסף [בהנחיות להגשת בקשה למענק עבור מיזמים חברתיים](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%91%d7%9e%d7%a1%d7%9c%d7%95%d7%9c-%d7%9e%d7%99%d7%96%d7%9e%d7%99%d7%9d/?taxgr=14)

| **שם המועצה הפונה** |  | **פרטי התקשרות**  **נייד ואימייל** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם איש קשר במועצה** |  | **תאריך הגשת הבקשה** |  |

1. **תיאור קצר של שירותי רווחה הניתנים במועצה לאנשים עם מוגבלות או ניתנים באמצעות רשויות אחרות:**
2. **המיזם המוצע**

| שם המיזם המוצע | גילאי משתתפים | מספר המשתתפים וסוג מוגבלות: שכלית, פיזית, חושית, הנמכה קוגניטיבית |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. **תקציר מנהלים**

תיאור קצר וממצה של מהות היוזמה מטרתה וייעודה.

1. **שותפים ליוזמה**

שמות הארגונים העסקיים או הוולונטריים השותפים או עשויים להיות שותפים בהפעלת היוזמה המוצעת.

1. **לוחות זמנים לביצוע:**

מועד התחלה, תכיפות הפעילות, משך הפעילות ,שעות הפעילות ומועד סיום המיזם.

1. **תקציב:**

עלויות + שותפים למימון (ניתן להוסיף להפחית שורות בהתאם)

* 1. טבלת עלויות: תקציב כ"א, הוצאות שוטפות, הוצאות חד פעמיות, ציוד מתכלה, אביזרים, הסעות וכד'.

| **מספר סידורי** | **נושא** | **עלות תקציבית כולל מע"מ** | **הערות** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| **סה"כ** |  |  |  |

1. טבלת שותפים למימון

| **שם הגורם המממן** | **סכום** | **אחוז ההשתתפות** |
| --- | --- | --- |
| **לדוגמא**- מועצה אזורית | 1,000 |  |
| **לדוגמא**- משרד הרווחה | 2,000 |  |
| **לדוגמא**- עמותה/חברה/היישוב/ההורים/ כל גורם רלוונטי | 1,250 |  |
| **לדוגמא**- קרן שלם | 4250 |  |
| **סה"כ** |  | **100%** |

**הסכום שיאושר על ידי הקרן יהיה אחוז ההשתתפות של הקרן מהעלות הכוללת של התוכנית כפי שהגיש הארגון 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 והביטחון החברתי :**

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

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

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