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

**2024**

תאריך עדכון : 06.02.24

**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.

את הטופס המלא יש לשלוח באמצעות דוא"ל לרכזת התחום חני קריספין**chani@kshalem.org.il**

להנחיות להגשת בקשה למענק עבור מיזמים חברתיים [באתר הקרן>>](https://www.kshalem.org.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 הרשות הפונה** |  | **פרטי התקשרות****נייד ודוא"ל** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם איש קשר ברשות** |  | **תאריך הגשת הבקשה** |  |

1. **תיאור 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 | מס' משתתפים החיים בבתי משפחותיהם |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

1. **תקציר המיזם-** מהות היוזמה מטרתה וייעודה.

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

1. **לוחות זמנים לביצוע-** מועד התחלה, תדירות, משך, שעות הפעילות ומועד סיום.

1. **תקציב:** עלויות + שותפים למימון (ניתן להוסיף להפחית שורות בהתאם).

ראו הנחיות בנוגע לרכיבים המוגדרים כשווה כסף [באתר הקרן>>](https://www.kshalem.org.il/grant/%D7%94%D7%A0%D7%97%D7%99%D7%95%D7%AA-%D7%91%D7%A0%D7%95%D7%92%D7%A2-%D7%9C%D7%94%D7%92%D7%A9%D7%AA-%D7%AA%D7%A7%D7%A6%D7%99%D7%91-%D7%95%D7%91%D7%95-%D7%A9%D7%95%D7%95%D7%94-%D7%9B%D7%A1%D7%A3/?taxgr=14)

* 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.**