

טופס הגשת בקשה עבור

שיפוץ וציוד / ציוד

למענק סטודיו זוזו – ביחד לחיים בריאים

עודכן בתאריך : 5.3.2024

תאריך הגשת הבקשה :

שם הרשות:

אשכול סוציואקונומי רשות:

שם המסגרת:

שם מפעיל המסגרת:

כתובת המסגרת:

שם רפרנט/מנהל התוכנית במסגרת:

תפקיד איש הקשר :

אימייל :

נייד :

**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** אם כל המסמכים הוגשו חתומים, ובמלואם. למידע והנחיות מענק זוזו >> [בקישור](https://www.kshalem.org.il/grant_area/%D7%9E%D7%A2%D7%A0%D7%A7-%D7%96%D7%95%D7%96%D7%95/)

1. **למענק שתי חלופות, להלן, נא לצבוע בסימון צהוב לאיזו חלופה הבקשה מוגשת**
* חלופת מענק א' - לשיפוץ וציוד חלל מינימום 25 מר ( עד 150,000 ₪ ועד 80% הנמוך מבניהם), **הגשה עד 31.3.24**
* חלופת מענק ב' - להצטיידות בלבד על פי תקן ציוד (17,000 ₪ ללא השתתפות), **הגשה שוטפת מענק מעלה**

**תקן ציוד >>** [**בקישור**](https://www.kshalem.org.il/grant/%D7%AA%D7%A7%D7%9F-%D7%9C%D7%94%D7%A6%D7%98%D7%99%D7%99%D7%93%D7%95%D7%AA-%D7%96%D7%95%D7%96%D7%95-%D7%91%D7%99%D7%97%D7%93-%D7%9C%D7%97%D7%99%D7%99%D7%9D-%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%99/?taxgr=358)

1. **מענק לשיפוץ : האם למבנה יש היתר לשימוש תואם? (נא לצבוע בסימון צהוב את האפשרות הנכונה)**
* כן (יש לצרף)
* לא

**\*תנאי סף לחלופה א' – שיפוץ וציוד – הינה היתר שימוש התואם הייעוד של המסגרת.**

1. **תיאור קצר של המסגרת**
* מספר מקבלי השרות:
* טווח גיל:
* רמת תפקוד:
* מספר המתגוררים בבתי המשפחה :
* מספר המתגוררים בדיור :
1. **נא לציין מספר המשתתפים עפי אפיון המוגבלות: שכלית, פיזית, חושית, הנמכה קוגניטיבית**
* מס' מקבלי שירות עם מוגבלות שכלית :
* מס' מקבלי שירות עם מוגבלות חושית (ראיה/שמיעה):
* מס' מקבלי שירות עם הנמכה קוגניטיבית :
* מס' מקבלי שירות עם מוגבלות מוטורית :
* מס' מקבלי שירות עם מאפיין אחר :
1. **תיאור החלל הייעודי לסטודיו: שטח מיקום במסגרת**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **מתווה שבועי לפעילות הגופנית המתוכננת**

| **ימים** | **א** | **ב** | **ג** | **ד** | **ה** | **ו** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שעות הפעילות הגופנית המתוכננת |  |  |  |  |  |  |
| מס משתתפים בקבוצה- עד 7/8 |  |  |  |  |  |  |

**נא לציין:**

האם בנוסף לפעילות באמצעות הסרטונים של תכנית זוזו :

* מדריך מוסמך- יועסק / לא יועסק (נא לצבוע בסימון צהוב את הרלבנטי)
* היקף העסקה - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **תקציב**

הסכום שיאושר על ידי הקרן יהיה אחוז ההשתתפות של הקרן מהעלות הכוללת של התוכנית, כפי שהוגשה לוועדה ולאחר בדיקת יועץ. באם העלות תפחת, השתתפות הקרן תפחת ותינתן בהתאמה להמלצת היועץ ולא תעלה על גובה המענקים המצוינים בסעיף 1.

1. **בבקשת מענק לשיפוץ – נדרש אישור היתר שימוש תואם- הנדסת הרשות / ועדה לתכנון ובניה**
2. הפרויקט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם המסגרת) המוקם/קיים במקרקעין/המבנה בגוש/חלקה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בכתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (להלן: "**המקרקעין**")

**נא למחוק המיותר:**

* השימוש הנ"ל תואם את ההיתרים והתוכניות החלים על המקרקעין, ועומדים בתוקף למשך כל זמן הפעלת המסגרת במקרקעין.

**או :**

* אנו מתחייבים לפעול להתאמת ההיתרים והתוכניות לשימוש המיועד במקרקעין בתקופה הקרובה. נציין כי מבחינה סטטוטורית ותכנונית יש היתכנות להליך רישוי ולהוצאת ההיתר הדרוש בסיומו, ולכן אין מניעה להתחיל בעבודות השיפוץ/בנייה במקרקעין לטובת הפעילות המבוקשת. ידוע לנו כי ככל שיאושר מענק, התשלום האחרון יותנה בקבלת אישור כי השימוש במקרקעין תואם את ההיתרים והתוכניות החלות על המקרקעין. יש לציין במפורש אופציה של היתר לשימוש חורג.

חתימת מהנדס הרשות/ועדה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חותמת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **חתימות :**

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

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

**המלצה וחתימת מפקח מחוזי, מינהל מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי :**

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

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