

טופס בקשה לסיוע (טופס מס' 1)

לפניך טופס להגשת בקשה לקבלת סיוע מקרן נכים. טופס זה נועד לאפשר לארגוןך להציג את עיקרי הבקשה, על פי שאלות שחשובות לקרן.

פניות שיימצאו מתאימות לאחר בחינת עמידה בתנאי הסף יקבלו סיוע וליווי מטעם נציג הקרן, לצורך התאמת התכנית עד להגשתה לאישור בוועדות המוסד.

כל הפניות ייבדקו אל מול דרישות וקריטריונים מוגדרים, בהתאם לתקנון אגף הקרנות.

יש להקפיד על מילוי הטופס ונספחיו בצורה הבהירה והמדויקת ביותר. כך, ניתן יהיה להמשיך ולקדם את בקשתכם. לכל שאלה אנא השתמשו רק בשורות המוקצות לתשובה. ניתן לצרף סימוכין ופירוט ככל הנדרש.

פרטי הגוף המגיש:

| | |
|---|--|
| | שם הגוף |
| רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, חל"צ, גוף פרטי | מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) |
| | מספר ח.פ. |
| | כתובת |
| | שנת הקמה |
| | שם מנכ"ל / ראש הארגון |
| (במקרה שעמותה) | שם היו"ר |
| | כתובת אתר האינטרנט של הארגון: |
| | איש הקשר בגוף המגיש |
| | טלפון נייד איש קשר |
| | נא פרטו את היקף מחזור הארגון בשנתיים האחרונות |
| | נא פרטו יתרת עודפים/גרעון של הארגון בשנתיים האחרונות |

פרטים כלליים תכנית:

| | |
|--|---------------------------------|
| | תחום/ שירות |
| תשתיות, טכנולוגיה | סוג הסיוע המבוקש (בחרו מרשימה) |
| בנייה חדשה, רכישת מבנה, הרחבת מבנה, שיפוץ מבנה, הצטיידות | מהות הסיוע המבוקש (בחרו מרשימה) |
| | לאיזו אוכלוסיה מיועדת הבקשה? |
| הציגו תיאור תמציתי של התכנית המבוקשת | |
| | |
| | |
| | |

שותפים לתכנית:

פרטי הגוף המפעיל (יש למלא במידה ואינו הגוף המגיש את הבקשה)

| | |
|---|--------------------------|
| | שם הגוף המפעיל |
| רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, חל"צ, גוף פרטי | מעמד משפטי (בחרו מרשימה) |
| | מספר ח.פ |
| | איש הקשר לנושא הבקשה: |
| | תפקיד איש הקשר: |
| | טלפון ישיר איש הקשר: |
| | טלפון נוסף איש הקשר: |
| | דואר אלקטרוני איש הקשר: |

פרטי השותפים הנוספים (יש למלא במידה וישנם גופים נוספים שותפים לבקשה)

| | |
|---|---------------------------|
| | שם הגוף השותף |
| רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, חל"צ, גוף פרטי | מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) |
| | מספר ח.פ. |
| | סוג השותפות |
| | איש הקשר לנושא הבקשה: |
| | תפקיד איש הקשר: |
| | טלפון ישיר איש הקשר: |
| | טלפון נוסף איש הקשר: |
| | דואר אלקטרוני איש הקשר: |

| | |
|---------------------|---|
| מיקום ומבנה: | |
| | עיר/ישוב: |
| | רחוב: |
| | מיקוד: |
| | מספר בנין: |
| | סוג המבנה: |
| | תיאור המבנה: |
| | שנת הקמת המסגרת: |
| כן/לא | האם המסגרת מפוקחת על ידי משרד ממשלתי: |
| כן/לא | האם קיבלתם סיוע לאתר זה מקרנות הביטוח הלאומי? |
| | במידה וכן, אנא פרטו סכום ובאיזו שנה |



הצורך בתכנית:

א. תארו את הפעילות במסגרת הקיימת והשירותים הניתנים בה (אם המסגרת אינה קיימת אין צורך לענות על שאלה זו)

ב. פרטו את הצורך בפיתוח המבוקש, ומה מצב השירותים הקיימים והשירותים האלטרנטיביים באזור

אוכלוסיית היעד:

א. נא השלימו את הפרטים אודות אוכלוסיית היעד בישוב ובמסגרת הקיימת בטבלה המתאימה (טבלה מספר 4)

ב. נא פרטו כיצד תגיע אוכלוסיית היעד למקום השירות/המסגרת והאם המקום עצמו מונגש לה (במידה ורלוונטי לסוג המסגרת)

ג. הציגו את הדרכים לאיתור אוכלוסיית היעד וגיוסה לתכנית

| |
|---|
| ניסיון הארגון: |
| א. פרטו את ניסיון הארגון בהפעלת שירותים ומסגרות מהסוג המבוקש ועם אוכלוסיית היעד בה עוסקת הבקשה, משך הזמן, פריסת שירותים, שותפים, וכוח אדם מקצועי. |
| |
| |
| |
| ב. במידה והארגון המגיש בקשה זו הגיש בקשה קודמת לאגף הקרנות, נא ציינו באיזו שנה ובאיזה סכום |
| |
| |
| |
| ג. פרטו כמה שנות ניסיון לארגון בתחום הסיוע המבוקש |
| |
| |
| |

| |
|--|
| מטרות, תוצאות ושינוי צפוי: |
| א. פרטו עד שלוש מטרות מרכזיות של התכנית: |
| .1 |
| |
| .2 |
| |
| .3 |
| |
| |



| |
|--|
| ב. תארו את השינוי הצפוי יחסית למצב כיום, כתוצאה מהסיוע. התייחסו להרחבת מספר הנהנים, הגדלת שטחים, שיפור תנאים וכו'. |
| |
| |
| |
| ג. נא ציינו שני יעדים מדידים להצלחת הפרויקט. ניתן להיעזר בטבלה מספר 8 בנספח. |
| 1. |
| 2. |

| |
|--|
| רציונל: |
| א. הסבירו מדוע התכנית המבוקשת היא המענה המתאים ביותר |
| |
| |
| |
| ב. האם נבדקו על ידכם חלופות אחרות? אם כן ציינו מה הן |
| |
| |
| |

| |
|--|
| תכנית, יישומיות וקיימות: |
| א. נא פרטו <u>בטבלה 5 שבנספח</u> מהם מרכיבי הבקשה העיקריים כולל לוחות זמנים לביצוע והפעולות הנדרשות להשגתם מבחינת תכנית הבינוי או הציוד. |
| |
| |
| |
| ב. נא פרטו סטטוס הבקשה/המבנה בסעיפים הרלוונטיים: |
| בעלות על המבנה ו/או הקרקע / הקצאה |
| היתרי בניה |
| תמיכת המשרד הרלוונטי |



| | |
|--|--------------------------------|
| | תמיכת הרשות המקומית |
| | משך זמן שכירות ואופציות |
| | |
| ג. ציינו קשיים ואתגרים צפויים בהוצאת התכנית לפועל, במידה ויש. ניתן להתייחס לקבלת היתר אם נדרש, קבלת אישור מכסות מהמשרד היעודי, מצב המבנה וכו' | |
| | |
| | |
| | |
| ד. מי הם הגורמים המתקצבים את המסגרת ומה מקורות המימון להפעלה שוטפת שלה לאחר מימוש הסיוע מהקרן | |
| | |
| | |
| | |
| ה. הציגו את התכנית להפעלה השוטפת של התשתית לאחר שתושלם הבנייה או ההצטיידות (נדרשת בבקשות מתחום הפנאי או הספורט) | |
| | |
| | |

טבלה מס' 4: מיפוי אוכלוסיית היעד באזור

שם הישוב _____

שם המסגרת _____

הנתונים נכונים לתאריך: _____

יש למלא הטבלה בנפרד עבור כל סוג נכות

| גילאים | מספר משתתפים | סוגי נכויות* | |
|--------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | | | משתמשים בשירות בהווה |
| | | | היקף אוכלוסייה פוטנציאלית באזור |
| | | | משתמשים בשירות לאחר מימוש הבקשה |

* רצף אוטיזם, מוגבלות נפשית, לקויות שמיעה, מחלות, מוגבלות שכלית התפתחותית, לקויות ראייה, מוגבלות מוטורית, לקויות למידה קשות והפרעות התנהגות, רב נכויות, נפגעי ראש, אחר

טבלה מס' 5: פירוט מתווה התכנית

| תאריך סיום | תאריך התחלה | אבני דרך עיקריות |
|------------|-------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

טבלה מס' 6: פירוט האומדן התקציבי של מרכיבי התכנית

נא פרטו את מרכיבי הבקשה המרכזיים, הציגו אומדנים לסכומים המבוקשים מהקרן ואת סך עלות המרכיב. לצידו – פרטו באופן כללי; לבנייה – התייחסו לפונקציות המתוכננות; לשיפוץ – פרטו את עבודות השיפוץ המבוקשות.

| מרכיב הבקשה | אומדן סכום מבוקש מהקרן | אומדן עלות כולל |
|-------------|------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| סה"כ | | |

טבלה מס' 7: טופס מקורות מימון

לכבוד המוסד לביטוח לאומי

שם הפרויקט: _____

איש קשר וטלפון: _____

טופס מקורות מימון

מטרת הצהרה זו הינה למנוע כפל מימון לפרויקט זה. המוסד רשאי להקטין את סכום הסיוע בכל מצב בו ההכנסות יעלו על ההוצאות בפועל. אי לכך:

- א. בטופס זה יש למלא את כל מקורות ההכנסה לצורך ביצוע פרויקט זה.
- ב. סך מקורות המימון לפרויקט זה לא יעלה על העלות הכוללת כפי שאושרה על ידי המוסד.
- ג. על הגוף חלה חובת דיווח למוסד על כל שינוי בהיקף מקורות המימון לפרויקט זה.
- ד. במידה והעלות הכוללת של הפרויקט תחרוג מהסכום שאושר על ידי המוסד, יש להציג בפני המוסד את המקורות הנוספים למימון החריגה.

| מקורות המימון | שם הגוף המממן | סכום הסיוע | הערות |
|-------------------------------|---------------|------------|-------|
| סיוע ממשלתי/ציבורי | | | |
| קרנות פרטיות | | | |
| מקורות מימון עצמאיים / הלואות | | | |
| מקורות מימון נוספים | | | |

הרינו מצהירים כי כל הדיווחים האמורים לעיל נכונים. אנו מתחייבים להודיע על שינויים עתידיים במקורות המימון.

חותרמת וחתימה: _____

תאריך: _____

טבלה מס' 8: תכנית מדידה

מטרה 1: (יש להעתיק מטופס הבקשה לעיל)

| מועדים לאיסוף המידע | כלים לאיסוף המידע על המדד | מקור המידע על המדד | יעד לתאריך (עוד שנה) / סיום המחזור / סיום התכנית) | המצב הנוכחי על פי המדד | ניסוח מדדי ההצלחה |
|---------------------|---------------------------|--------------------|---|------------------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

מטרה 2: (יש להעתיק מטופס הבקשה לעיל)

| מועדים לאיסוף המידע | כלים לאיסוף המידע על המדד | מקור המידע על המדד | יעד לתאריך (עוד שנה) / סיום המחזור / סיום התכנית) | המצב הנוכחי על פי המדד | ניסוח מדדי ההצלחה |
|---------------------|---------------------------|--------------------|---|------------------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |