



המוסד לביטוח לאומי – האגף לפיתוח שירותים

הקרן לפיתוח שירותים לנכים

שד' וייצמן 13, ירושלים, 91909, טל: 02-6709940, פקס: 02-6463082

טופס בקשה לקרן לפיתוח שירותים לנכים

עבור הנגשת הצגות ומופעים בתיאור קולי עבור עיוורים ולקויי ראייה

שם הגוף המגיש: _____ תאריך: _____
מעמד משפטי: _____ יישוב: _____
כתובת: _____ טלפון: _____
איש קשר לתוכנית: _____ נייד: _____
איש קשר נוסף: _____ נייד: _____
דוא"ל: _____ פקס: _____

תיאור/רקע קצר של הגוף המגיש: _____

מספר אולמות מופעים ומספר מקומות ישיבה בכל אחד: _____

מספר מבקרים בשנה: _____

מספר הצגות/ מופעים בשנה: _____

תיאור סידורי הנגישות הקיימים כיום בתאטרון: _____



קרנות הביטוח הלאומי

הקרן לפיתוח שירותים לנכים

האם קיים באולם התיאטרון חדר בקרה, היכן ממוקם ומה גודלו : _____

האם בתאטרון עמדת חלוקת ציוד ללקויי שמיעה: _____

האם התיאטרון מעסיק אדם בתפקיד רכז נגישות: _____

האם התיאטרון ממומן בחלקו ע"י משרד התרבות : _____

פרט את דרכי פרסום התוכנית על ידכם, במידה ותאושר: _____

האם התאטרון הפעיל או מפעיל פעילויות מיוחדות לאנשים עם צרכים מיוחדים בשנתיים האחרונות, ואם כן מהם ומתי נערכו : _____

פרט את הסיבות שבגינן אתה מעוניין להשתתף במיזם: _____

יש לצרף את המסמכים המשפטיים הבאים:

- תעודת רישום עמותה/חברה
- אישור ניהול ספרים וניכוי מס במקור
- אישור ניהול תקין (לעמותות)