‏

‏‏‏ י"ב אדר א תשע"ט

**‏**17 פברואר 2019

**הנחיות וטופס הגשת הצעות למיזמים פורצי דרך בתחום המוגבלויות**

**ברשויות המקומיות**

**בהמשך לקול הקורא להגשת הצעות למיזמים פורצי דרך, להלן ההנחיות :**

1. **גורם מבצע -**

ארגון וביצוע המיזם יעשה ע"י **המחלקה לשירותים חברתיים** ברשות המקומית, או ע"י מי

מטעמה, תוך חבירה לשותפים נוספים בעלי עניין והשפעה. על טופס הבקשה יחתום מנהל המחלקה

לשירותים חברתיים או רכז תחום מוגבלויות.

1. **קיום וועדת היגוי -**

תכונס וועדת היגוי רשותית לליווי המיזם. מטרות הוועדה לדון בתכנים ובדרכי הביצוע וכן בתשומות השותפים השונים - תשומות כספיות או שוות כסף. בוועדה ייקחו חלק נציגי מנהל מוגבלויות, נציגי קרן שלם ונציגים ממחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות.

1. **תכני המיזם -**

* תוצר/ פעילות/ שירות חדשים
* הצעה לשיפור שירות לאנשים עם מוגבלויות הנמנים על אוכלוסיות המנהל
* הצעה לשיפור תהליכי ודפוסי עבודה והצעות ייעול

1. **היקף המיזם -**

עדיפות למיזם אשר ניתן לקיימו במהלך כשנה, עם אופציה להערכה/ הרחבה.

1. **היקף המענק -**

עד 100,000 ₪ למיזם.

היקף המענק ייגזר מחדשנות המיזם, איכות המענה לאוכלוסייה אותה הוא משרת, יכולתו לקיימות לאחר תקופת הפיילוט, יכולתו להוות מודל להפצה, משך המיזם, מס' המשתתפים, אחוז השתתפות הרשות מהעלות הכוללת או מהשותפים לתוכנית ועל פי שיקול דעת חברי וועדה ההיגוי הארצית.

1. **השתתפות הרשות במימון -**

השתתפות של עד 20% מעלות הפרויקט, באמצעות תקציבי הרשות או באמצעות שותפים.

1. **הליך אישור הבקשה -**

ההצעות תובאנה לדיון בפני וועדת היגוי ארצית לנושא מיזמים פורצי דרך, בה ישתתפו נציגי מינהל מוגבלויות, קרן שלם והרשויות המקומיות. עם תום הדיונים בבקשות, תשלחנה תשובות כתובות לכל המגישים. צפי לקבלת תשובות- יוני 2019..

1. **לווי וייעוץ מקצועי -**

המיזמים שיאושרו על ידי הוועדה יזכו לליווי מקצועי פרטני וקבוצתי. הליווי הקבוצתי יכלול מפגשים מונחים ארציים של מובילי המיזמים מכל הארץ. מגישי המיזמים מתחייבים לקחת חלק במפגשים אלו.

ניתן לפנות לייעוץ מקצועי גם **טרום** הגשת המיזם.

המיזם ילווה בתהליך הערכה.

לשאלות ולייעוץ ניתן לפנות באמצעות הדוא"ל ל-

**איתן מזרחי**, יועץ המנהל לחדשנות , [eytan1954@gmail.com](mailto:eytan1954@gmail.com)

**תמנע גבאי מרקביץ**, מנהלת פיתוח מקצועי, קרן שלם [timna@kshalem.org.il](mailto:timna@kshalem.org.il)

1. **נראות מנהל מוגבלויות וקרן שלם-**

לוגו שני הארגונים יופיע על כל חומר פרסומי הקשור למיזם.

**הערות-**

* תנאי סף לדיון בהצעה יהיה קבלת הצעה על פי ההנחיות הנ"ל וברוח הקול הקורא.
* את ההצעות יש להגיש האמצעות המייל **במסמך word**, בשפה העברית עד 5 עמודים, בציון שם הרשות ואיש קשר, לכתובת הדוא"ל [timna@kshalem.org.il](mailto:timna@kshalem.org.il)
* אין בהנחיות אלו התחייבות של מנהל מוגבלויות וקרן שלם לתמיכה בפרויקט זה או אחר.

**לשאלות ולייעוץ ניתן לפנות באמצעות הדוא"ל ל-**

**איתן מזרחי, יועץ המנהל לחדשנות , eytan1954@gmail.com**

**תמנע גבאי מרקביץ, מנהלת פיתוח מקצועי, קרן שלם** [**timna@kshalem.org.il**](mailto:timna@kshalem.org.il)

**טופס ההגשה – בהמשך הקובץ**

**טופס הגשת הצעות למיזמים פורצי דרך בתחום המוגבלויות ברשויות המקומיות**

* **יש למלא את הטופס באמצעות המחשב בלבד, טפסים שימולאו בכתב יד לא יתקבלו.**
* **יש לשלוח את הטופס באמצעות הדוא"ל בקובץ word , ולהוסיף טופס חתום סרוק.**
* **את ההצעות ניתן להגיש עד לתאריך 11.4.19.**
* **לכתובת הדוא"ל** [**timna@kshalem.org.il**](mailto:timna@kshalem.org.il)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם הרשות** |  | **תאריך הגשת הבקשה** |  |
| **איש קשר**  **ברשות** |  | **תפקיד איש קשר**  **ברשות** |  |
| **נייד איש קשר** |  | **מייל איש קשר** |  |
| **כתובת הרשות** |  | | |

1. **תיאור המיזם :**
2. **שם המיזם :**
3. **רקע, רציונל ומטרות :**
4. **כיצד יסיע מיזם זה לאוכלוסיית המנהל :**
5. **דרכי פעולה :**
6. **שיתוף ציבור האנשים עם המוגבלויות :**
7. **קהל יעד ומספר משתתפים משוער סה"כ :**
8. **מס' משתתפים משוער של אנשים עם מוגבלויות :**
9. **שותפים :**
10. **לו"ז לביצוע המיזם :**
11. **פירוט תקציב:**

א**. טבלת עלויות מפורטת -**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **פירוט הסעיף תקציבי** | **עלות בש"ח** | **הערות** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **סה"כ כולל מע"מ** |  |  |

**ב. פרוט הגורמים המממנים והשותפים :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הגורם** | **סכום** | **אחוז ההשתתפות** |
| לדוגמה - מח' הספורט |  |  |
| לדוגמה-עמותת "פסגות" |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **בקשה לסיוע במימון** |  |  |
| **סה"כ כולל מע"מ** |  | **100%** |

**הסכום שיאושר על ידי מינהל מוגבלויות וקרן שלם יהיה אחוז ההשתתפות מהעלות הכוללת של התוכנית כפי שהגישה הרשות המקומית לוועדת ההיגוי הארצית. היה והעלות תפחת, השתתפות הקרן והמנהל תפחת בהתאם, והיה והעלות תגדל השתתפות הקרן והמנהל לא תשתנה.**

**חתימת מגיש הבקשה:**

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

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

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