

**טופס תקציר פרויקט להגשה לקרן שלם**

תאריך עדכון אחרון : 1.1.2025

**תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| שם הרשות המקומית | אשכול סוציואקונומי  | מספר תושבים | כתובת הרשות |  איש קשר מח' רווחה: | דוא"ל איש קשר במח' הרווחה |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | שם |  |  |
| טלפון |  |

**א. פרטי הרשות**

**ב. פרטי המסגרת**

| שם המסגרת | כתובת | טלפון  | גורם מפעיל  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| שם מנהל המסגרת | טלפון נייד | דוא"ל (של מנהל המסגרת או המסגרת עצמה ) |
|  |  |  |

**ג. פרטי הנכס**

| בעלות הנכס | שטח **ברוטו** של המבנה | מספר שנות שכירות | עבור שיפוץ נדרש היתר |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | נא לצרף מסמך היתר |

 **ד. שם המסגרת ונתוני מקבלי השרות**

| **סוג ושם המסגרת:** מעון יום שיקומי, מעון מסיכון לסיכוי, מפעל מוגן/מרכז רב נכותי/ מעש, מרכז יום טיפולי סיעודי/נכים פיזיים/ מרכז יום לגמלאים, מועדון חברתי 21+/דירה, הוסטל, נופשון, מרש"ל לקוי ראיה/לקוי שמיעה, מרכז למשפחה, מרכז לחיים עצמאיים | גיל | סך מס' מקבלי השרות במסגרת | מס' האנשים המאובחנים ומוכרים עם מש"ה  | מס' אנשים המאובחנים עם מוגבלות חושית/פיזית/הנמכה קוגניטיבית | רמת תפקודעצמאי/טיפולי/סיעודי/גמלאי |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **סוג המסגרת:** **שם המסגרת:**  |  |  |  |  |  |

 **ה. מסגרות הארכת יום (3-21)**

| גיל | סוג מסגרת | שם המסגרת | סה"כ מס' ילדים/תלמידים במסגרת | סה"כ מס' מקבלי שרות ביום שהות ארוך (סמל מסגרת רווחה) |  אפיון מקבלי שרות במסגרת הארכת היום  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3-6** | גן |  |  |  | מס' מש"ה: | מס' שיקום/הנמכה קוגניטיבית: | מס' לקות חושית: |
| **6-21** | בית ספר |  |  |  | מס' מש"ה: | מס' שיקום/הנמכה : קוגניטיבית | מס' לקות חושית: |

**ו. נושא הבקשה ועלויות**

| נושא הבקשה | העלות הכוללת (כולל מע"מ) | מענק מבוקש מקרן שלם |
| --- | --- | --- |
| בניה /הרחבה/שיפוץ/חצר (נא לסמן) |  |  |
| ציוד/אחר (נא לסמן)  |  |  |

**ז. חתימות- אין לשלוח טופס ללא חתימות**

**אישור והמלצת מנהל/ת האגף / מחלקה לשירותים חברתיים:**

שם + שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ח. אישור מיפוי ע"י מפקח.ת משרד הרווחה עבור מסגרות הפועלות מהשעה 08.00 עד 16.00 : רצף התעסוקה, מרכזי יום, מעונות יום שיקומיים.**

| סה"כ מקבלי שרות במסגרת  | מס' מקבלי שרות מאובחנים עם מש"ה  | מס' מקבלי מאובחנים עם הנמכה קוגניטיבית/נכות פיזית | מס' מקבלי שרות על הרצף האוטיסטי | **שטח מבנה ברוטו** | **מדד צפיפות** שטח המבנה ברוטו / מס' מקבלי השרות |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

\*\* **תקן שטח מ"ר לאדם** : 15 מר מפעל מוגן, 20 מר מרכז יום לבוגרים/מעון יום שיקומי לפעוטות

**אישור והמלצת המפקח/ת:**

מאשר/ת שהמבנה עומד בדרישות ואישורים של מערכת "נתיב"

שם + שם משפחה מפקח.ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_