

**טופס תקציר פרויקט להגשה לקרן שלם**

תאריך עדכון מסמך אחרון : 26.2.2025

**תאריך הגשת הבקשה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טופס זה ממפה את כל צרכי המידע לצורך הגשת בקשה.**

**הטופס שופר ואוחד עם טופס רציונל על מנת להקל על הגשת הבקשה.**

**יש לקרוא בעיון ולדייק במילוי הפרטים.**

**א. פרטי הרשות**

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

**ב. פרטי המסגרת**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם המסגרת** | **סמל מסגרת** | **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 | סה"כ מס' מקבלי השרות במסגרת | מס' האנשים המאובחנים ומוכרים עם **מש"ה** | מס' אנשים המאובחנים עם **מוגבלות חושית/פיזית/הנמכה קוגניטיבית** | מס' האנשים המאובחנים ומוכרים **על הרצף האוטיסטי** | מס' מקבלי שירות **תעריף תעסוקה** | מס' מקבלי שירות **תעריף** **טיפולי**/**מזדקנים** | מס' מקבלי שירות **תעריף** **סיעודי** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ה. מסגרות הארכת יום (3-21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| גיל | 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** |
| **גן** **3-6** |  |  |  | מס' מש"ה: | מס' שיקום/הנמכה קוגניטיבית: | מס' לקות חושית: | מס' על הרצף האוטיסטי |
| **בי"ס** **6-21**  |  |  |  | מס' מש"ה: | מס' שיקום/הנמכה : קוגניטיבית | מס' לקות חושית: | מס' על הרצף האוטיסטי |

**ו. רציונל (יש לתאר בקצרה את אופי המסגרת , הפעילות והצורך בבקשה)**

* **תיאור המסגרת:**
* **תיאור הצורך:**
* **כמה שנים המסגרת קיימת:**
* **היכן מתקיימת הפעילות:**
* **הערות/הארות נוספות:**

**ז. נושא הבקשה ועלויות**

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

**ח. חתימות (אין לשלוח טופס ללא חתימות)**

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

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

**ט. 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

**י. אישור והמלצת המפקח/ת:**

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