

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_