**טופס בקשה למענק עוגן לצפון**

**לצוותי המוגבלויות ברשויות המקומיות, מחוז צפון**

**2025**

עודכן בתאריך : 19.3.2025

* יש למלא את הטופס באמצעות המחשב בלבד. טפסים שימולאו בכתב יד לא יתקבלו.
* יש לשלוח את טופס הבקשה באמצעות הדוא"ל לtimna@kshalem.org.il בפורמט **word** ולהוסיף טופס חתום סרוק בפורמט PDF
* הבקשות יועברו לדיון רק לאחר שכל המסמכים/חתימות יוגשו במלואם
* למידע נוסף במסמך ההנחיות [באתר הקרן>>](https://www.kshalem.org.il/grant/%D7%94%D7%A0%D7%97%D7%99%D7%95%D7%AA-%D7%9C%D7%94%D7%92%D7%A9%D7%AA-%D7%91%D7%A7%D7%A9%D7%94-%D7%9C%D7%9E%D7%A2%D7%A0%D7%A7-%D7%A2%D7%95%D7%92%D7%9F-%D7%9C%D7%A6%D7%A4%D7%95%D7%9F-%D7%9C%D7%A6%D7%95/?taxgr=15)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם הרשות** |  | **איש קשר ברשות ותפקידו** |  |
| **מס' נייד איש קשר** |  | **תאריך הגשת הבקשה** |  |
| **מייל איש קשר** |  |

1. מטרות המיזם –
2. פירוט תוכן הפעילות-
3. שותפים (אם יש)-
4. מיקום-
5. מועד משוער-
6. פירוט המסגרות והמשתתפים, ראו דוגמא (ניתן להוסיף שורות):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **רשות מקומית**  | **שם המסגרת** | **סוג המסגרת** | **מס' עובדים** | **הערות** |
| **דוגמא-** עיריית ..... | צוות מוגבלויות, אגף שירותים חברתיים | כנ"ל | 20 |  |
|  | שיבולים | מעון יום שיקומי | 15 |  |
|  | התומר | מפעל מוגן | 10 |  |
|  |  |  |  |  |
| **סה"כ**  | **מס' מסגרות** |  | **מס' עובדים** |  |
|  | 3 |  | 45 |  |

1. **תקציב:**
* מענק הקרן מיועד לתוכן הפעילות. **לא ניתן להגיש בקשה עבור כיבוד/ מזון.**
* יש לצרף הצעות מחיר לכל סעיף תקציבי, ללא הצעות מחיר הבקשה לא תידון.
* יש למלא את שתי הטבלאות מטה בפירוט ודיוק על פי הדוגמא. ניתן להוסיף שורות לטבלה.
1. **תקציב המיזם (ראו דוגמא):**

| **תוכן הפעילות** | **עלות כולל מע"מ** | **הערות** |
| --- | --- | --- |
| **לדוגמא**- סדנת תיפוף על הגוף | 2,000 | **יש לוודא שצורפה הצעת מחיר** |
| **לדוגמא-** סדנת פסיכודרמה | 5,000 | **כנ"ל** |
| **לדוגמא**- סיור ליקוט ובישול בטבע | 3,000 | **כנ"ל** |
|  |  |  |
| **סה"כ כולל מע"מ** | **10,000** |  |
| **סה"כ כולל 10% לתכלול ע"י הרשות המקומית** | **11,000** |  |

1. **פירוט הגורמים המממנים** -:

| **שם הגורם** | **סכום** | **אחוז ההשתתפות** |
| --- | --- | --- |
| בקשה מקרן שלם |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **סה"כ כולל מע"מ** | **11,000** | **100%** |

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

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

**המלצה וחתימת המפקח.ת מטעם מינהל מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי :**

 שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_