**בקשה לסיוע לקרן סיעוד**

לפניך טופס להגשת **תקציר** בקשה לצורך **סינון ראשוני** לקבלת סיוע מקרן סיעוד עבור **"קול קורא להתאמת בתים סיעודיים בקיבוצים ובמושבים ל"פרוגרמת 2016" של משרד הבריאות"** .   
טופס זה נועד לאפשר לארגונך להציג את **עיקרי** הבקשה, על פי שאלות שחשובות לקרן.

פניות שיימצאו מתאימות לאחר הסינון הראשוני יתבקשו להגיש בקשה מפורטת ויקבלו סיוע וליווי מטעם נציג הקרן, לצורך התאמת התכנית עד להגשתה לאישור בוועדות המוסד.

כל הפניות ייבדקו אל מול דרישות וקריטריונים מוגדרים, בהתאם [לתקנון אגף הקרנות](http://www.btl.gov.il/Funds/Documents/TochnitAvodaKranot2016.pdf) (ראו עמוד 12) ול"קול קורא להתאמת בתים סיעודיים בקיבוצים ובמושבים ל"פרוגרמת 2016" של משרד הבריאות.   
**יש להקפיד על מילוי הטופס ונספחיו בצורה הבהירה והמדויקת ביותר**. כך, ניתן יהיה להמשיך ולקדם את בקשתכם. לכל שאלה אנא השתמשו רק בשורות המוקצות לתשובה. ניתן לצרף סימוכין ופירוט כפי שנדרש לכתובת דואר: [ronig@nioi.gov.il](mailto:ronig@nioi.gov.il).

**מועד אחרון למסירת הבקשה בטופס זה: 30.5.16.**

**ניתן להפנות שאלות לכתובת דוא"ל:** [ronig@nioi.gov.il](mailto:ronig@nioi.gov.il).

**ניתן להפנות שאלות עד תאריך: 29.4.16.**

**בהצלחה!**

**פרטי הגוף המגיש**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם הגוף |  | |
| מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) | עמותה, הקדש, נאמנות, תאגיד עירוני, חברה פרטית | |
| מספר ח.פ. |  | |
| כתובת |  | |
| שנת הקמה |  | |
| שם מנהל הקהילה |  | |
| שם גזבר הקיבוץ |  | |
| כתובת אתר האינטרנט של הארגון: |  | |
| איש הקשר בגוף המגיש |  | |
| טלפון נייד איש קשר |  | |
| במידה והארגון הגיש בקשה לאגף הקרנות ב- 10 השנים האחרונות, נא ציינו את שנת ההגשה, את הקרן אליה הוגשה הבקשה ועבור איזה פרויקט |  | |
| האם ניתן סיוע קודם מאגף הקרנות באותו אתר?, נא פרטו באיזו שנה ואת סכום הסיוע |  | |
| נא פרטו את היקף מחזור הארגון בשנתיים האחרונות |  |  |
| נא פרטו יתרת עודפים/גרעון של הארגון בשנתיים האחרונות |  |  |

**פרטי הגוף המפעיל** (יש למלא במידה ואינו הגוף המגיש את הבקשה)

|  |  |
| --- | --- |
| שם הגוף המפעיל |  |
| מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) | עמותה, הקדש, נאמנות, תאגיד עירוני, חברה פרטית |
| מספר ח.פ |  |
| שם מגיש הבקשה/ איש הקשר לנושא הבקשה: |  |
| תפקיד איש הקשר: |  |
| טלפון ישיר איש הקשר: |  |
| טלפון נוסף איש הקשר: |  |
| דואר אלקטרוני איש הקשר: |  |

**שותפים נוספים בבקשה** (יש למלא במידה וישנם גופים נוספים שותפים לבקשה)

|  |  |
| --- | --- |
| שם הגוף המפעיל |  |
| מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) | עמותה, הקדש, נאמנות, תאגיד עירוני, חברה פרטית |
| מספר ח.פ |  |
| סוג השותפות |  |
| שם מגיש הבקשה/ איש הקשר לנושא הבקשה: |  |
| תפקיד איש הקשר: |  |
| טלפון ישיר איש הקשר: |  |
| טלפון נוסף איש הקשר: |  |
| דואר אלקטרוני איש הקשר: |  |

|  |
| --- |
| פרטו מהי מטרת הבקשה |
| טקסט חופשי |

|  |  |
| --- | --- |
| **תחום/ שירות** | בית סיעודי |
| **מהות הסיוע המבוקש (בחרו מהרשימה, ניתן לבחור ביותר מאפשרות אחת)** | הרחבת מבנה / שיפוץ מבנה / הצטיידות |
| **סוג הסיוע המבוקש (בחרו מהרשימה, ניתן לבחור בחירה מרובה)** | הרחבת שירות קיים /שדרוג שירות קיים |
| **לאיזו אוכלוסיה מיועדת הבקשה? (בחרו מהרשימה, ניתן לבחור בחירה מרובה)** | קשישים סיעודיים / קשישים תשושי נפש |

|  |
| --- |
| **המבנה ומיקום האתר:**  **עיר/ישוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **רחוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **מיקוד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **מספר בנין: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **סוג המבנה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **תיאור המבנה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **שנת הקמת המסגרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **האם המסגרת מפוקחת על ידי משרד ממשלתי: כן/לא** |

|  |  |
| --- | --- |
| **המצב כיום:**  **תארו את הפעילות במסגרת הקיימת והשירותים הניתנים בה. בנוסף פרטו את הצורך בפיתוח המבוקש, ומה מצב השירותים הקיימים והשירותים האלטרנטיביים באזור** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **נא השלימו הפרטים הבאים אודות המסגרת הקיימת: נספח 1 (בתי אבות)**  ניסיון הארגון:  פרטו את ניסיון הארגון בהפעלת שירותים ומסגרות מהסוג המבוקש ועם אוכלוסיית היעד בה עוסקת הבקשה, משך הזמן, פריסת שירותים, שותפים, וכ"א מקצועי. | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **השינוי הצפוי:**   1. **תארו את השינוי הצפוי יחסית למצב כיום, כתוצאה מהסיוע. התייחסו להרחבת מספר הנהנים, הגדלת שטחים, שיפור תנאים וכו'.** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 1. **במידה וניתן נא ציינו שני יעדים מדידים להצלחת הפרויקט** | |
|  | |
|  | |
| **רציונל –**   1. **הסבירו מדוע התכנית המבוקשת היא המענה המתאים ביותר** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 1. **האם נבדקו על ידכם חלופות אחרות? אם כן ציינו מהן** | |
|  | |
|  | |
| **תכנית:**  **נא פרטו בקווים כלליים את מרכיבי הבקשה**  **במידה וניתן נא פרטו את מתווה התכנית בנספח 2** | |
|  | |
| **עלויות התוכנית ומקורות מימון:**  נספח 3: פרטו אומדן עלויות התכנית (יש לצרף כמסמך נלווה בחתימת מהנדס) | |
| פרטו מקורות מימון נוספים לקרן | |
| **סטטוס הבקשה/מבנה:**  **נא פרטו סטטוס הבקשה/המבנה בסעיפים הרלוונטיים:** | |
| **בעלות על המבנה ו/או הקרקע / הקצאה /שכירות לטווח ארוך (ציינו לכמה זמן)** |  |
| **היתרי בניה** |  |
| **תמיכת המשרד הרלוונטי** |  |
| **תמיכת הרשות המקומית** |  |
| **קשיים ואתגרים:**  **ציינו קשיים ואתגרים צפויים בהוצאת התכנית לפועל, במידה ויש. ניתן להתייחס לקבלת היתר אם נדרש, קבלת אישור מכסות מהמשרד היעודי, מצב המבנה וכו'** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **גורמי מימון נוספים:**  **מי הם הגורמים המתקצבים את המסגרת ומה מקורות המימון להפעלה שוטפת שלה לאחר מימוש הסיוע מהקרן** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **מסמכים לצרוף לבקשה:**  **אשרו כי צירפתם את המסמכים הבאים לטופס זה, וציינו מסמכים נוספים שבחרתם לצרף** | |
| מסמכי התאגדות של הגוף המגיש (תעודת רישום התאגדות מרשם העמותות, הקדשים או אחר) | |
| אישור מלכ"ר | |
| אישור ניהול תקין של הגוף המגיש (רק במקרה של עמותות/ הקדשים) | |
| רישיון להפעלת בית חולים גריאטרי מטעם משרד הבריאות | |
| אישור בעלות על הקרקע | |
| במידה וההפעלה נעשית באופן של קניית שירותים – יש לצרף אישור הפעלה של רכישת קניית שירותים גריאטריים – מצ"ב טופס | |
| טופס השלמת מימון בחתימת גזבר – מצ"ב טופס | |
| התחייבות הגזבר להנהלת חשבונות נפרדת לפעילות הבית הסיעודי ושימוש בהכנסות העודפות לטובת ענף הבית הסיעודי | |
| התחייבות הגזבר/מנהל הקהילה שהבית הסיעודי יכלול לפחות 18 מיטות לאחר ביצוע ההתאמות | |
| התחייבות הגזבר/מנהל הקהילה לממן ולהפעיל את הבית הסיעודי לתקופה של 10 שנים מיום סיום ההתאמות | |
| התחייבות הגזבר על הגשת ערבות ביצוע | |
| התחייבות הגזבר/מנהל הקהילה על קליטת 50% קשישים סיעודיים/תשושי נפש במימון ממשלתי | |

**נספח 1 - סיעוד: בתים סיעודיים בקיבוצים - פרטים אודות הצורך בשידרוג המסגרת הקיימת**

**שם המסגרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**הנתונים נכונים לחודש \_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **סוג המחלקה** (סיעודית/ תשושי נפש) | **אחוז דיירים ברשימה ציבורית** | **שנת הקמה** | **מספר מיטות ברישוי** | **מספר מיטות בפועל** | **מספר מיטות לאחר שדרוג/ הקמה בבקשה זו** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**נספח 2: פירוט מתווה התכנית**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **אבני דרך עיקריות** | **תאריך התחלה** | **תאריך סיום** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**נספח 3: פירוט האומדן התקציבי של מרכיבי התכנית**

נא פרטו את מרכיבי הבקשה, הציגו אומדנים לסכומים המבוקשים מהקרן ואת סך עלות המרכיב.

לציוד – פרטו באופן כללי; לבנייה – התייחסו לפונקציות המתוכננות; לשיפוץ – פרטו את עבודות השיפוץ המבוקשות.

|  |  |
| --- | --- |
| **מרכיב הבקשה** | **אומדן עלות כולל** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **חישוב סה"כ** |  |