**בקשה לסיוע- קרן סיעוד**

לפניך טופס להגשת בקשה לקבלת סיוע מקרן סיעוד. טופס זה נועד לאפשר לארגונך להציג את **עיקרי** הבקשה, על פי שאלות שחשובות לקרן.

פניות שיימצאו מתאימות לאחר בחינת עמידה בתנאי הסף יקבלו 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.

**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 ככל הנדרש.

**פרטי הגוף המגיש:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם הגוף |  | |
| מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) | *רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, חל"ץ, גוף פרטי* | |
| מספר ח.פ. |  | |
| כתובת |  | |
| שנת הקמה |  | |
| שם מנכ"ל / ראש הארגון |  | |
| שם היו"ר | (במקרה שעמותה) | |
| כתובת אתר האינטרנט של הארגון: |  | |
| איש הקשר בגוף המגיש |  | |
| טלפון נייד איש קשר |  | |
| נא פרטו את היקף מחזור הארגון בשנתיים האחרונות |  |  |
| נא פרטו יתרת עודפים/גרעון של הארגון בשנתיים האחרונות |  |  |

פרטים כלליים תכנית:

|  |  |
| --- | --- |
| תחום/ שירות |  |
| מהות הסיוע המבוקש (בחרו מרשימה) | בנייה חדשה, הרחבת מבנה, שיפוץ מבנה, הצטיידות, רכישת מבנים, הפעלה, מחקר, פיתוח טכנולוגי, אחר |
| סוג הסיוע המבוקש (בחרו מרשימה) | פיתוח שירות חדש, הרחבת שירות קיים, שדרוג שירות קיים |
| לאיזו אוכלוסיה מיועדת הבקשה? |  |
| **הציגו תיאור תמציתי של התכנית המבוקשת** | |
|  | |
|  | |
|  | |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| שם הגוף המפעיל |  |
| מעמד משפטי (בחרו מרשימה) | רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, חל"ץ, גוף פרטי |
| מספר ח.פ |  |
| איש הקשר לנושא הבקשה: |  |
| תפקיד איש הקשר: |  |
| טלפון ישיר איש הקשר: |  |
| טלפון נוסף איש הקשר: |  |
| דואר אלקטרוני איש הקשר: |  |

**שותפים נוספים:**

|  |  |
| --- | --- |
| שם הגוף השותף |  |
| מעמד משפטי (בחרו מהרשימה) | רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, חל"ץ, גוף פרטי |
| מספר ח.פ |  |
| סוג השותפות |  |
| איש הקשר לנושא הבקשה: |  |
| תפקיד איש הקשר: |  |
| טלפון ישיר איש הקשר: |  |
| טלפון נוסף איש הקשר: |  |
| דואר אלקטרוני איש הקשר: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **מיקום ומבנה:** | |
| **עיר/ישוב:** |  |
| **רחוב:** |  |
| **מיקוד:** |  |
| **מספר בנין:** |  |
| **סוג המבנה:** |  |
| **תיאור המבנה:** |  |
| **שנת הקמת המסגרת:** |  |
| **האם המסגרת מפוקחת על ידי משרד ממשלתי:** | **כן/לא** |
| **האם קיבלתם סיוע לאתר זה מקרנות הביטוח הלאומי?** | **כן/לא** |
| **במידה וכן, אנא פרטו סכום ובאיזו שנה** |  |

|  |
| --- |
| **הצורך בתכנית:** |
| **א. תארו את הפעילות במסגרת הקיימת והשירותים הניתנים בה** |
|  |
|  |
|  |
| **ב. פרטו את הצורך בפיתוח המבוקש, ומה מצב השירותים הקיימים והשירותים האלטרנטיביים באזור** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **אוכלוסיית היעד:** |
| **א. נא השלימו את הפרטים אודות אוכלוסיית היעד בישוב ובמסגרת הקיימת בטבלה המתאימה** (טבלה 3 בנספח) |
|  |
|  |
|  |
| **ב. נא פרטו כיצד תגיע אוכלוסיית היעד למקום השירות/המסגרת והאם המקום עצמו מונגש לה (במידה ורלוונטי לסוג המסגרת)** |
|  |
|  |
|  |
| **ג. הציגו את הדרכים לאיתור אוכלוסיית היעד וגיוסה לתכנית** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| ניסיון הארגון: |
| **א. במידה והארגון המגיש בקשה זו הגיש בקשה קודמת לאגף הקרנות, נא ציינו באיזו שנה ובאיזה סכום** |
|  |
|  |
|  |
| **ב. פרטו כמה שנות ניסיון לארגון בתחום הסיוע המבוקש** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **מטרות, תוצאות ושינוי צפוי:** |
| **פרטו מהי מטרת התכנית:** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **תכנית, יישומיות וקיימות:** | |
| 1. **נא פרטו בטבלה 5 בנספח מהם מרכיבי הבקשה העיקריים כולל לוחות זמנים לביצוע והפעולות הנדרשות להשגתם מבחינת תכנית הבינוי או הציוד.** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 1. **נא פרטו סטטוס הבקשה/המבנה בסעיפים הרלוונטיים:** | |
| **בעלות על המבנה ו/או הקרקע / הקצאה** |  |
| **היתרי בניה** |  |
| **תמיכת המשרד הרלוונטי** |  |
| **תמיכת הרשות המקומית** |  |
| **משך זמן שכירות ואופציות** |  |
|  | |
| 1. **ציינו קשיים ואתגרים צפויים בהוצאת התכנית לפועל, במידה ויש. ניתן להתייחס לקבלת היתר אם נדרש, קבלת אישור מכסות מהמשרד היעודי, מצב המבנה וכו'** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 1. **מי הם הגורמים המתקצבים את המסגרת ומה מקורות המימון להפעלה שוטפת שלה לאחר מימוש הסיוע מהקרן** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 1. **הציגו את התכנית להפעלה השוטפת של התשתית לאחר שתושלם הבנייה או ההצטיידות** (נדרשת בבקשות מתחום הפנאי או הספורט)**.** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **תקציב ומקורות מימון:** | |
| 1. **תקציב:** נא השלימו **בטבלה 6 בנספח** את פרטי תקציב התכנית המוצעת | |
| 1. **מקורות מימון:** **בטבלה 7 בנספח** - פרטו מקורות מימון נוספים לקרן לפרויקט הבינוי/ההצטיידות | |

**טבלה מס' 3: מרכז יום/מועדון - פרטים אודות המסגרת בה מבקשים לשדרג השירות**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **סוג האוכלוסייה** | **קשישים רשומים** | **זכאי חוק ביטוח סיעוד** | **מופני רווחה** | **פרטיים** | **ממוצע יומי** | **שמות הישובים מהם מגיעים מקבלי השירות** |
| מקבלי השירות **כיום**, במרכז עבורו מוגשת הבקשה | | | | | | |
| תשושים |  |  |  |  |  |  |
| תשושי נפש |  |  | - |  |  |  |
| חישוב: סה"כ **מקבלי שירות כיום** במסגרת זו |  |  |  |  |  |  |

**טבלה 5: פירוט מתווה התכנית**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **אבני דרך עיקריות** | **תאריך התחלה** | **תאריך סיום** | **הפעולות הנדרשות לביצוע אבני הדרך** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**טבלה 6: 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 סכום מבוקש מהקרן** | **אומדן עלות כולל** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **חישוב סה"כ** |  |  |

**טבלה 7:**

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד המוסד לביטוח לאומי

שם הפרויקט: ------------

איש קשר וטלפון:-----------

טופס מקורות מימון

***מטרת הצהרה זו הינה למנוע כפל מימון לפרויקט זה. המוסד רשאי להקטין את סכום הסיוע בכל מצב בו ההכנסות יעלו על ההוצאות בפועל. אי לכך:***

1. בטופס זה יש למלא את כל מקורות ההכנסה לצורך ביצוע פרויקט זה.
2. סך מקורות המימון לפרויקט זה לא יעלה על העלות הכוללת כפי שאושרה על ידי המוסד.
3. על הגוף חלה חובת דיווח למוסד על כל שינוי בהיקף מקורות המימון לפרויקט זה.
4. במידה והעלות הכוללת של הפרויקט תחרוג מהסכום שאושר על ידי המוסד, יש להציג בפני המוסד את המקורות הנוספים למימון החריגה.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מקורות המימון** | **שם הגוף המממן** | **סכום הסיוע** | **הערות** |
| סיוע ממשלתי/ציבורי |  |  |  |
| קרנות פרטיות |  |  |  |
| מקורות מימון עצמאיים / הלוואות |  |  |  |
| מקורות מימון נוספים |  |  |  |

***הרינו מצהירים כי כל הדיווחים האמורים לעיל נכונים. אנו מתחייבים להודיע על שינויים עתידיים במקורות המימון.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חותמת וחתימה