



תאריך _____

פניה למחלקה לקידום תוכניות סיעוד
פרוייקט קהילתי (מעלון)

פרטי הגוף הפונה:

פרטי הפרוייקט:

שם המוסד (הפונה)	סטאטוס המשפטי
שם הגוף המפעיל	סטאטוס המשפטי
איש קשר לתוכנית	מספר מלכ"ר
רחוב	עיר ומיקוד
מספר טלפון / טלפון נייד	מס' פקס
Email	

שם הגוף הפונה	איש הקשר
כתות	כתובת
מספר טלפון	מספר טלפון / נייד
email	email

1. מהות הבקשה (שיפוץ, הנגשה פיזית, הנגשת שמע):

מהות הבקשה	פירוט*	אומדן עלות	מקורות ממון נוספים לביטוח לאומי וסכום המימון

* ניתן לצרף פירוט בכתב

בל/8416 (01.2009)

עמוד 2 מתוך

2

2. נתונים על הפרויקט (מרכז היום/מועדונים) ומרכזים/מועדונים הנוספים

בתחומי הרשות

מרכזי יום/מועדונים באזור			הפרויקט:	המקום
מרכז יום: מועדון	מרכז יום: מועדון	מרכז יום: מועדון		
				הנתון גודל במ"ר
				מס' רשומים
				ממוצע מבקרים ליום
				מתוכם זכאי חוק ביטוח סיעוד
				מתוכם מופני לשכת רווחה
				אופי תרבותי של אוכלוסיה (חרדי, ערבי, חקלאי)
				סכום לחודש דמי החבר שנגבה

3. שנה מתוכננת להתחלת ביצוע הפרויקט _____.

4. יש לצרף מסמכים נלווים בהגשת הבקשה:

א. מסמכי התאגדות (תעודת רשום התאגדות מרשם העמותות (או הקדשים או אחר).

ב. אישור מלכ"ר.

ג. אישור ניהול תקין (רק במקרה של עמותות/הקדשים).

ד. מכתב המפרט שעות הפעילות של המועדון ומיגוון הפעילויות.

ה. אישור בעלות על קרקע.

ו. התחייבות להפעלת הפרויקט ל – 10 שנים מיום תום ביצוע השיפורים.

תאריך

חתימת הפונה

בל/8416 (01.2009)