



מיזם ניסיוני לשילוב אוכלוסיה עם נכות בתעסוקה

בקשה לסיוע – ארגונים מתווכים

שם הארגון	מעמד משפטי
מס' עוסק מורשה	מנהל הארגון
איש הקשר לתוכנית	מס' טלפון נייד
כתובת	
מס' טלפון	מס' פקס

1. תיאור פעילות הארגון ואופי המועסקים בו.

2. האם בארגון מועסקים כיום אנשים עם מוגבלות? ואם כן מהו סוג המגבלה וסוג התפקיד?

3. שם התוכנית המוצעת.

4. תקציר: תאור קצר וממצה של מהות התוכנית וייעודה, אוכלוסיית היעד המוצעת לקליטה, האם מדובר על תוכנית חדשה או שדרוג והרחבת תוכנית קיימת.

עמוד 2 מתוך 2

בל/8425(2009/03)

5. הארגונים השותפים לתוכנית המוצעת והיקף המימון (שמות הארגונים העסקיים או הוולונטריים השותפים להפעלת התוכנית המוצעת).

6. אוכלוסיית היעד: (תאור ואפיון האנשים עם המוגבלות המיועדים להיקלט במקום העבודה מספר; גילאים, כמה מהם בטיפול הארגון וכמה חדשים התוספו).

7. רמת השכר המוצע למשתתפי התוכנית?

8. תאור מודל ההפעלה (תאור ממצה של מודל ההפעלה ופירוט של סוגי הסיוע שיש לתת לעובד בתהליך קליטתו בעבודה).

9. תקציב מבוקש:

אומדן הסכום הנדרש לשנה

סוג הסיוע הנדרש

_____	_____	1.
_____	_____	2.
_____	_____	3.
_____	_____	4.

(יש לצרף אישור ניהול תקין ותעודת רישום עמותה מטעם רשם העמותות)

חתימת המגיש: _____ תאריך: _____