

|  |  |
| --- | --- |
| لاستعمال مركز تطوير فقط | |
| رقم الطلب |  |
| تاريخ الاستلام |  |
| توقيع المستلم |  |

|  |
| --- |
| **مشروع المساندة الطارئة للخدمات الاجتماعية في قطاع غزة**  **نموذج طلب منحة/طلب مقترح مشروع**  **مكون: المال مقابل الخدمة (C4S)** |

|  |
| --- |
| اسم المؤسسة (باللغة العربية): |
| اسم المؤسسة (باللغة الانجليزية): |
| اسم المشروع المقترح (باللغة العربية): |
| اسم المشروع المقترح (باللغة الانجليزية): |

|  |
| --- |
| **المحتويــــات**   * نموذج تقديم طلب المنحة * الجزء الأول: معلومات عامة * الجزء الثاني: نبذة عن المؤسسة * الجزء الثالث: نموذج مقترح المشروع * ملحق: قائمة المرفقات المطلوبة |

**ملاحظة هامـة**:

آخر موعد لتسليم الطلب الساعة الثانية ظهراً من يوم الثلاثاء الموافق 3/1/2023م.

**تُسلّم المقترحات بالنسختين المطبوعة والالكترونية (USB Flash) إلى مركز تطوير على العنوان التالي:**

|  |
| --- |
| **مكتب غزة**  مركز تطوير المؤسسات الأهلية الفلسطينية  عمارة الهيثم (3) - شارع الرشيد – مقابل فندق فلسطين – هاتف 2828999 / 2888810 -08 |
| الجزء الأوّل (معلومات عامة) | |

###### أولاً: اسم وعنوان المؤسسة الأهلية

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم المؤسسة كاملاً (باللغة بالعربية) |  | | | | |
| اسم المؤسسة كاملاً (بالإنجليزية) |  | | | | |
| عنوان المؤسسة | المحافظة: | | | | |
| المدينة/القرية/المخيم: | | | المنطقة: | |
| هاتف المؤسسة | تليفون: | | | المتنقل/ المحمول: | |
| بريد الكتروني |  | | | | |
| الموقع الإلكتروني |  | | | | |
| اسم الشخص المسؤول عن ادارة المؤسسة |  | | | | |
| المنصب الوظيفي في المؤسسة |  | | | | |
| الهاتف المتنقل/ المحمول |  | البريد الالكتروني | | |  |
| اسم الشخص المكلف بمتابعة طلب المنحة/ طلب مقترح المشروع |  | | | | |
| المنصب الوظيفي في المؤسسة |  | | | | |
| الهاتف المتنقل/المحمول للشخص المكلف بمتابعة طلب المنحة/ طلب مقترح المشروع |  | | البريد الالكتروني |  | |

###### ثانياً: اسم المشروع المقترح

|  |  |
| --- | --- |
| اسم المشروع (باللغة العربية) |  |
| اسم المشروع (باللغة الإنجليزية) |  |
| اسم القطاع المستهدف | 🞏 الدعم النفسي الاجتماعي  🞏 الصحة النفسية التخصصية  🞏 خدمات صحية ذات علاقة |
| موقع المشروع المقترح |  |
| المنحة المطلوبة | دولار |
| مدة تنفيذ المشروع | (16) شهراً |

|  |
| --- |
| الجزء الثاني: نبذة عن المؤسسة |

يجب تقديم المعلومات المطلوبة بالكامل

إن تقديم معلومات غير كاملة أو مضللة قد يؤدي إلى اعتبار طلبكم غير مؤهلاً للنظر فيه

(يمكن استخدام أوراق إضافية عند الضرورة)

###### أولاً: الوضع القانوني للمؤسسة

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **تصنيف المؤسسة**  يُرجى وضع إشارة (✓) أمام التصنيف الملائم لمؤسستكم | |
| * مؤسسة أهلية | |
| * شركة غير ربحية | |
| * غير ذلك (حدد/ي) | |
|  | 1. **تاريخ التأسيس** |
|  | 1. **تاريخ التسجيل** |
|  | 1. **رقم التسجيل** |
|  | 1. **جهة التسجيل** |

|  |
| --- |
| **الرجاء ارفاق نسخة الكترونية PDF عن شهادة التسجيل القانونية لمؤسستكم مرفق** |

**ثانياً: الحوكمة**

**1- الجمعية العمومية**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * عدد أعضاء الجمعية العمومية | إناث | ذكور | المجموع |
|  |  |  |
| * تواريخ آخر 3 اجتماعات للجمعية العمومية |  | | |
|  | | |
|  | | |

**2- الهيئة المشرفة** (مجلس الإدارة، مجلس الأمناء، أخرى)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. عدد أعضاء مجلس الإدارة | إناث | ذكور | المجموع |
|  |  |  |
| 1. عدد الاجتماعات السنوية للهيئة المشرفة/ لمجلس الإدارة |  | | |
| 1. تواريخ آخر 3 اجتماعات للهيئة المشرفة/ لمجلس الإدارة |  | | |
| 1. تواريخ آخر دورتين انتخابيتين |  | | |
| 1. مدة دورة الهيئة المشرفة/مجلس الإدارة | سنة | | |

الرجاء تزويدنا أدناه بمعلومات حول أعضاء الهيئة المشرفة/مجلس الإدارة:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **الاسم رباعي** | **المنصب** | **عدد السنوات المتتالية في المنصب** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**ثالثاً: استراتيجية المؤسسة**

**1- خلفية موجزة عن المؤسسة**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**2- رؤية ورسالة المؤسسة**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**3- أهداف المؤسسة: (**يرجى سردها على شكل قائمة)

|  |  |
| --- | --- |
| **الرقم** | **الأهـــداف** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4- هل لدى المؤسسة أي من الخطط أو الأدلة التالية: (**ملاحظة: من الممكن أن يطلب مركز تطوير خلال عملية تقييم المشروع الاطلاع على الأدلة أدناه)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **خطة / دليل** | **حدد/ي (نعم/لا)** | | **ملاحظات** |
| * خطة إستراتيجية | □ نعم | □ لا |  |
| * دليل إداري | □ نعم | □ لا |  |
| * دليل مالي | □ نعم | □ لا |  |
| * دليل مشتريات | □ نعم | □ لا |  |
| غير ذلك: أذكرهـا/ يها |  | | |

|  |
| --- |
| **الرجاء ارفاق نسخة الكترونية PDF عن الخطة الإستراتيجية للمؤسسة مرفق** |

**رابعاً: الموارد البشرية والهيكل التنظيمي**

**1- الموظفون الرئيسيون:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **المنصب الوظيفي** | **اسم الموظف** | **عدد السنوات في المنصب** | **المؤهلات الاكاديمية** |
| * مدير المؤسسة |  |  |  |
| * المدير المالي |  |  |  |
| * مدير البرامج |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **الرجاء ارفاق نسخة الكترونية PDF عن الهيكل التنظيمي لمؤسستكم مرفق** |

**2- نمط التوظيف:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الفئــــــــة | **31 ديسمبر 2019** | **31 ديسمبر 2020** | **31 ديسمبر 2021** |
| مجموع الموظفين بدوام كلي في نهاية المدة |  |  |  |
| مجموع الموظفين بدوام جزئي في نهاية المدة |  |  |  |
| المجموع |  |  |  |

**خامساً: نبذة عن الوضع المالي للمؤسسة**

1. **الرجاء تزويدنا أدناه بمعلومات عن المصاريف الفعلية للمؤسسة خلال السنوات الثلاث**

**السابقة؟ (**حدد/ي المبالغ بالدولار الأمريكي بناء على التقارير المالية المدققة)

|  |  |
| --- | --- |
| **البند** | **($)** |
| إجمالي المصروف الفعلي للعام 2019 |  |
| إجمالي المصروف الفعلي للعام 2020 |  |
| إجمالي المصروف الفعلي للعام 2021 |  |
| **مجموع اجمالي المصاريف للثلاث سنوات** |  |
| **معدل المصاريف للثلاث سنوات** |  |

|  |
| --- |
| **الرجاء ارفاق نسخة الكترونية PDF عن التقارير المالية المدققة للثلاث سنوات السابقة (2019، 2020، 2021) مرفق** |

**2- الحساب البنكي للمؤسسة**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. هل يوجد للمؤسسة حساب بنكي فعال لدى أحد البنوك المعتمدة من قبل سلطة النقد الفلسطينية؟ | | | | □ نعم | □ لا |
| 1. إذا نعم: | | | | | |
| اسم البنك |  | الفرع |  | | |
| رقم الحساب البنكي |  | | | | |

|  |
| --- |
| **الرجاء إرفاق النسخة الأصلية من إفادة البنك بوجود حساب بنكي فعال للمؤسسة مع تفاصيله على أن تكون رسالة البنك صادرة خلال مدة زمنية لا تتجاوز الشهر قبل تاريخ تقديم طلب مقترح المشروع (مرفق ملحق أ مع نموذج طلب المنحة- الرجاء تعبئته من قبل البنك) مرفق** |

**3-التدقيق الخارجي**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. هل تتم عملية تدقيق حساباتكم بواسطة مدقق خارجي؟ | | □ نعم | | □ لا |
| **إذا نعم:** | | | | |
| تاريخ اخر تدقيق |  | | | |
| 1. المدقق المالي للمؤسسة؟ | | | | |
| * اسم المدقق |  | | | |
| * العنوان |  | | | |
| * الهاتف |  | | | |
| * ما هو عدد سنوات التدقيق التي قام بها المدقق الحالي بالتدقيق لديكم بشكل مستمر؟ | | |  | |

# سادساً: نبذة عن البرامج والنشاطات

أذكر/ي تفاصيل عن المشروعات والبرامج للسنوات (2018، 2019، 2020، 2021، 2022) حسب الترتيب الزمني بدءاً بالأحدث:

| **المشروع/البرنامج** | **الموقع الجغرافي** | **الفئة/الفئات المستهدفة** | **عدد المستفيدين المباشرين** | **تاريخ البدء** | **تاريخ الانتهاء** | **تكلفة المشروع / البرنامج بالدولار** | **وضع المشروع** مستمر/مغلق | **الجهة الممولة** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

###### سابعاً: أية معلومات أخرى

هل توجد أية تفاصيل أخرى عن المؤسسة ونشاطاتها لم تتم تغطيتها وترونها أنها مهمة وذات علاقة؟ (الرجاء إضافتها إن وجدت)

|  |
| --- |
| الجزء الثالث: نموذج مقترح المشروع |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(1)** | **وصف تفصيلي كامل للمشروع:** | |
|  | | |
| 1.1 | **اسم المشروع:** |  |
|  | | |
| 1.2 | **وصف المشروع:** | (قدم/ي وصفًا عامًا شاملاً للمشروع ومكوناته الرئيسية وأنشطته. قدم/ي ملخصاً موجزًا ​​للمراحل المختلفة لتنفيذ المشروع بالترتيب) |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**1.3 هدف المشروع: هدف المشروع الرئيسي** (الرجاء ذكر هدف واحد فقط)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**1.4 مؤشرات هدف المشروع**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**1.5 عدد فرص العمل المؤقتة الخاصة بالمال مقابل الخدمة التي سوف تتوفر طيلة دورات التشغيل خلال فترة المشروع المقترح**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **دورات التشغيل** | **عدد فرص العمل المؤقتة** | | **المجموع** |
| **ذكور** | **إناث** |
| الدورة التشغيلية الأولى |  |  |  |
| الدورة التشغيلية الثانية |  |  |  |
| **إجمالي الدورتين** |  |  |  |

###### (2) خلفية المشروع ومبرراته:

**2.1 تعريف المشروع ومبرراته**

2.1.1 كيف نشأت فكرة المشروع؟ (أرفق/ي أي مستندات قد تدعم فكرتك مثل الأبحاث أو دراسات سابقة)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| |  | | --- | | 2.1.2 هل تم التحقق من أهمية فكرة المشروع والحاجة إليها مع المجتمع؟ كيف تم التحقق؟ مثال (إرفاق محضر تحديد احتياجات/محضر جلسات بؤرية) | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | --- | | 2.1.3 اشرح/ي ما هو أثر المشروع؟ وصف لأثر المشروع المتوقع على الأشخاص متلقي خدمات الصحة النفسية التخصصية و/أو الدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة | | |

**2.2 المنطقة المستهدفة بالمشروع:**

2.2.1 قدم/ي وصف للمنطقة المستهدفة (موقع المشروع، جغرافية المنطقة، عدد السكان، الظروف الاجتماعية والاقتصادية، ... الخ)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

2.2.2 لماذا اخترت/ي العمل في هذه المنطقة الجغرافية على وجه الخصوص؟

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 2.2.3 ما هي إستراتيجية المؤسسة لتوعية وتشجيع أفراد المجتمع للاستفادة من خدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة التي سوف يتم تقديمها من خلال المشروع؟ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **2.3الملاءمة**  اشرح/ي ملاءمة المشروع للأولويات المحددة في دعوة تقديم الطلبات (خدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة وخاصة للنساء والأطفال والمهمشين، الخ...) |
|  |

**2**.**4 الخدمات ذات الصلة**

2.4.1 هل هناك أي مؤسسات أخرى (حكومية أو غير حكومية) تقدم خدمات مماثلة لتلك المقترحة في مشروعك؟

🗆 نعم 🗆 لا

إذا كانت الإجابة نعم، اشرح /ي من الذي يقدم خدمة مماثلة؟

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

2.4.2 إذا كان ذلك ينطبق على حالة المشروع المقترح

اشرح/ي كيف تُكمّلُ خدمات المشروع المقترح تلك الخدمات التي يتم توفيرها من مزودين أخرين للخدمة؟

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**2.5 الأفراد المتلقين لخدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة (متلقي الخدمة):**

2.5.1 من هم الأفراد المتلقين لخدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعيوالخدمات الصحية ذات العلاقة (أطفال، نساء، رجال، شباب، ذو احتياجات خاصة، كبار السن، إلخ....)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

2.5.2 يرجي تقديم وصف تفصيلي للأفراد المتلقين لخدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة (الجنس، العمر، الاحتياجات، الظروف الاجتماعية، الظروف الاقتصادية ، إلخ...)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

2.5.3 ما هو العدد الإجمالي التقديري للأفراد المتلقين لخدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة؟ (إذا كان مشروعك يستهدف أكثر من مجموعة، الرجاء ذكر العدد التقديري لكل مجموعة)

|  |  |
| --- | --- |
| **مجموعة المستفيدين من تلقي الخدمة** | **العدد التقديري** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| العدد الإجمالي التقديري |  |

2.5.4 كيف سوف يتم الترويج وتسهيل وضمان وصول الأفراد والفئات الأكثر ضعفاً وهشاشة، ولا سيما الأطفال والنساء وكبار السن وذوي الإعاقة، للاستفادة من خدمات الصحة النفسية التخصصية والدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة المقدمة من خلال المشروع؟

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**(3) الفئة/الفئات المستهدفة المباشرة من فرص عمل المال مقابل الخدمة المؤقتة:**

**3.1**  **بالإضافة إلى المعايير الأساسية لاختيار المستفيدين المباشرين والتي وردت بالإرشادات الخاصة بالمنحة، ما هي المعايير الخاصة الاضافية لاختيار المستفيدين اللازمة لنجاح مشروعكم؟**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**3.2 فرص العمل المؤقتة المطلوبة طيلة دورتي التشغيل خلال المشروع** (ملاحظة: فرص العمل متاحة لحاملي الشهادات الجامعية ذات الصلة فقط – بكالوريوس/ليسانس بحد أدنى)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **فرصة العمل المؤقتة المطلوبة/المقترحة** | **عدد الذكور** | **عدد الإناث** | **الاجمالي** | **مكان العمل**  **المقترح/جهة التوظيف** |
| 1 | مثال: مرشد نفسي | 4 | 6 | 10 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| **الإجمالي الكلي** | |  |  |  |  |

**3.3 الرجاء شرح كيف ستقوم المؤسسة بتدريب المستفيدين المباشرين من فرص عمل المال مقابل الخدمة المؤقتة الذين سوف يتم توظيفهم من حيث مواضيع التدريب، مدة التدريب، المدربين وخبراتهم،...إلخ** (ملاحظة: التدريب يجب ألا يتجاوز ست أيام تدريبية وبحد أقصى 42 ساعة تدريبية، كما يمكن تجزئة التدريب بحيث يتم تنفيذه على أكثر من مرحلة: مع بداية التشغيل خلال فترة التشغيل، ومع نهاية فترة التشغيل. كما يفضل تخصيص بعض من هذه الأيام لأنشطة خاصة بالتفريغ النفسي والصحة العامة للمستفيدين من المشروع).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**3.4 إذا كان التوظيف خارج مؤسستكم، هل تم ابرام مذكرات تفاهم مع هذه المؤسسات/الجهات التي سوف يتم توظيف الشباب بها؟**

□ نعم □ لا

إذا نعم، الرجاء إرفاق هذه المذكرات، موضحاً دور ومسئولية كل مؤسسة.

**3.5 الرجاء وصف طبيعة عمل المؤسسات/الجهات التي سوف يتم توظيف المستفيدين فيها مع توضيح خبرات هذه المؤسسات في مجال المشروع المقترح وقدرتها على استيعاب المستفيدين ومتلقى الخدمة على حد سواء.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(**4) خبرة المؤسسة في مجال المشروع:**

**1.4 الرجاء تحديد خبرة المؤسسة بالتفصيل في مجال تقديم الخدمات الاجتماعية** (الصحة النفسية التخصصية و/أو الدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة بالإضافة إلى تحديد نوع الخدمات المقدمة، الفئات المستهدفة، كيفية تقديم الخدمات، طواقم العمل وخبراتهم،... إلخ).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

4.2 أذكر/ي تفاصيل المشروعات والبرامج في مجال تقديم الخدمات الاجتماعية (الصحة النفسية و/أو الدعم النفسي الاجتماعي) والخدمات الصحية ذات العلاقة للسنوات (2018، 2019، 2020، 2021، 2022)

| **المشروع/البرنامج** | **الموقع الجغرافي** | **الفئة/الفئات المستهدفة** | **عدد المستفيدين المباشرين** | **تاريخ البدء** | **تاريخ الانتهاء** | **كلفة المشروع / البرنامج بالدولار** | **وضع المشروع** مستمر/مغلق | **الجهة الممولة** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# \* استعمل/ي أوراقاً إضافية إذا لزم الأمر

**4.3 ماهي السياسات والإجراءات والأنظمة المتبعة لدي المؤسسة والتي تضمن جودة وفعالية خدمات الصحة النفسية و/أو الدعم النفسي الاجتماعي والخدمات الصحية ذات العلاقة المقدمة لمتلقي الخدمة؟**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**(5) طاقم المشروع المقترح:**

**5.1 الرجاء تعبئة الجدول التالي فيما يخص طاقم المشروع المقترح:** (ملاحظة: مدير المشروع/ منسق المشروع يجب أن يكون بدوام كلي ومتفرغ بالكامل لإدارة المشروع)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المسمى الوظيفي** | **طبيعة الدوام المقترح في المشروع** | | **اسم الموظف**  **(إن وجد)** | **الاسم المقترح للتوظيف (إذا كان معروف)** | **المؤهلات** | **سنوات الخبرة** | |
| **كلي**  **(100%)** | **جزئي**  **((%x** | **في المؤسسة** | **غيرها** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**(6) بناء القدرات لطواقم المؤسسة والتفريغ النفسي والصحة العامة:**

**6.1 من أجل تطوير وبناء قدرات طواقمها، يشجع مركز تطوير المؤسسة المستفيدة من المنحة على استخدام نسبة لا تتجاوز قيمتها 5% من موازنة المشروع من أجل تطوير وبناء قدرات طواقمها في مجال تقديم الخدمات الاجتماعية (الدعم النفسي الاجتماعي و/أو الصحة النفسية) والخدمات الصحية ذات العلاقة وذلك من خلال المشاركة في دورات تدريبية وجاهية أو الكترونية عن طريق الإنترنت (Online) (ملاحظة: هذا التدريب مخصص لطواقم المؤسسة فقط وليس للخريجين المنوي توظيفهم)، كما يمكن تخصيص جزء من مبلغ الـ 5% لتنفيذ نشاطات تتعلق بالتفريغ النفسي والصحة العامة لطاقم المؤسسة.**

الرجاء تعبئة الجدول التالي الخاص بالاستفادة من بناء القدرات وأنشطة التفريغ النفسي والصحة العامة

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **موضوع التدريب/ نشاط التفريغ النفسي** | **عدد المشاركين** | **التكلفة المتوقعة للشخص الواحد بالدولار$** | **التكلفة الإجمالية** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **الإجمالي الكلي** | |  |  |  |

**(7) خطة تنفيذ المشروع:**

**7.1 على المؤسسات أن تتبع الخطة التالية في تنفيذ مشروعاتها. الرجاء تفصيل خطة التنفيذ ضمن البنود الرئيسية.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مدة المشروع (شهر)** | **16 شهراً** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **النشاطات الرئيسية** | | **الفترة (شهر)** | **السنة الأولى** | | | | | | | | | | | | | | | **السنة الثانية** | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 | 11 | | 12 | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| اختيار المستفيدين | | 2 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دورة التشغيل الأولى | | 6 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دورة التشغيل الثانية | | 6 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| التدقيق المالي واغلاق الملف | | 2 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **الرجاء إرفاق خطة تنفيذية تفصيلية للمشروع Soft Copy بناءً على الجدول أعلاه مرفق** |

**(8) موازنة المشروع:**

**8.1 ملخص موازنة المشروع**

|  |  |
| --- | --- |
| **بند الموازنة** | **الاجمالي**  **(بالدولار الامريكي)** |
| 1. **مكافئات مالية شهرية للمستفيدين\*** |  |
| 1. **بناء قدرات طاقم المؤسسة المستفيدة من المنحة\*\*** |  |
| 1. **المصاريف الإدارية العامة ومستلزمات المستفيدين: \*\*\*** |  |
| **المجموع الكلي** |  |

|  |
| --- |
| **ملاحظات:** \* قيمة المكافئات المالية الشهرية للمستفيدين يجب ألا تقل عن 70% من القيمة الاجمالية للموازنة  \*\* قيمة تكلفة بناء قدرات طاقم المؤسسة المستفيدة بجب ألا تتجاوز 5 % من القيمة الاجمالية للموازنة، بحيث تغطي تكاليف المصاريف المباشرة فقط.  \*\*\* المصاريف الإدارية العامة ومستلزمات المستفيدين يجب ألا تتعدى 25% من القيمة الاجمالية للموازنة بحيث تكون تكلفة تأمين مخاطر وإصابات المستفيدين وطاقم المشروع وكذلك تكلفة تدريب المستفيدين ضمن هذا البند. المصاريف الادارية الاخرى تغطي جزء من المصاريف الادارية التي تخدم تنفيذ المشروع بما يتناسب مع حجمه وطبيعته. |

**8.2 موازنة المشروع التفصيلية:** (الرجاء تفصيل الأرقام المبينة أعلاه في الجدول التالي)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **بند الموازنة** | **أ** | **ب** | **ج** | **د** | **هـ**  **(ب×ج× د)** |
| **الوحدة** | **الكمية / العدد** | **تكلفة الوحدة**  **(بالدولار الامريكي)** | **المدة / الفترة**  **(الاشهر)** | **الاجمالي**  **(بالدولار الامريكي)** |
| **1.** | مكافئات مالية شهرية للمستفيدين |  |  |  |  |  |
| **2.** | بناء قدرات طاقم المؤسسة المستفيدة من المنحة |  |  |  |  |  |
| **3** | **المصاريف الإدارية العامة ومستلزمات المستفيدين** |  |  |  |  |  |
| **3.1** | **تأمين أخطار وإصابات العمل للمستفيدين وطاقم المشروع** |  |  |  |  |  |
| **3.2** | **تكلفة تدريب المستفيدين** |  |  |  |  |  |
| **3.3** | **مواصلات طاقم المشروع ومستلزمات المستفيدين** |  |  |  |  |  |
| 3.3.1 | مواصلات طاقم المشروع للميدان |  |  |  |  |  |
| 3.3.2 | مستلزمات ومواد لاستخدام المستفيدين |  |  |  |  |  |
|  | **إجمالي المواصلات والمواد** |  |  |  |  |  |
| **3.4** | **مصاريف أخرى تتعلق بالمشروع** |  |  |  |  |  |
| **3.5** | **طاقم المشروع** |  |  |  |  |  |
| 3.5.1 |  |  |  |  |  |  |
|  | **اجمالي طاقم المشروع** |  |  |  |  |  |
| **3.6** | **المصاريف الادارية الاخرى، مثل: إيجار المقر، قرطاسية، هاتف ...** |  |  |  |  |  |
|  | **مجموع المصاريف الإدارية العامة ومستلزمات المستفيدين**  **(إجمالي البنود من 3.1 الى 3.6)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **المجموع الكلي (إجمالي البنود 1+2+3)** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **الرجاء ارفاق موازنة مفصلة بصيغة MS Excel لبند مستلزمات ومواد لاستخدام المستفيدين مرفق** |

**(9) مؤشرات المتابعة والتقييم:**

**9.1 ما هي أنظمة وآليات المتابعة والمراقبة المتوفرة لديكم والتي ستمكنكم من متابعة المشروع المقترح؟**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**9.2 كيف ستقومون بمتابعة هذا المشروع بالتحديد؟** (من حيث عدد الزيارات، الطاقم المتوفر، النماذج المتوفرة … الخ)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**(10) تقييم المخاطـر:**

**10.1 حدد/ي أي مخاطر يمكن أن تؤثر على تنفيذ المشروع بما يشمل المخاطر البيئية والاجتماعية**.

الرجاء تحديد مستوى تأثير المخاطر التي تم تحديدها (تأثير ذات مستوى منخفض، متوسط، عالي) وبين كيف سوف يتم إدارة هذه المخاطر:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع الخطر** | **احتمالية حدوث الخطر** | **مستوى التأثير على المشروع**  **(منخفض، متوسط، عالي)** | **كيف ستتم ادارة الخطر**  **(الإجراءات والموارد المخصصة)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

###### (11) أنظمة الحماية الخاصة بالعنف المبني على النوع الاجتماعي، التحرش الجنسي والاستغلال والاعتداء الجنسي

**11.1 هل يوجد لدي المؤسسة أنظمة حماية خاصة بالعنف المبني على النوع الاجتماعي، التحرش الجنسي والاستغلال والاعتداء الجنسي والتي من خلالها سوف تقوم بحماية العاملين والمستفيدين من المشروع؟**

🞏 نعم

🞏 لا

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء شرح هذه الأنظمة؟

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **الرجاء ارفاق نسخة الكترونية PDF عن أنظمة الحماية أعلاه مرفق** |

|  |
| --- |
| **11.2 هل يوجد موظف خاص بإدارة/متابعة أنظمة الحماية؟** (الرجاء التوضيح) |
|  |
|  |
|  |

###### (12) نظام الشكاوى:

**12.1 هل يوجد لدي المؤسسة نظام شكاوى معتمد ومعمول به للموظفين والمستفيدين ومتلقي الخدمة؟**

🞏 نعم

🞏 لا

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء توضيح إجراءات التعامل مع الشكوى

|  |
| --- |
|  |
|  |
| |  | | --- | | **الرجاء ارفاق نسخة الكترونية PDF عن نظام الشكاوى المعتمد لدى المؤسسة مرفق** |   **12.2 هل يوجد موظف خاص لاستقبال والتعامل مع الشكاوى؟** (الرجاء التوضيح) |
|  |
|  |

**12.3 هل يتم توثيق الشكاوى؟**

🞏 نعم

🞏 لا

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء توضيح **آ**لية/كيفية التوثيق

|  |
| --- |
|  |
|  |

###### (13) أية معلومات أخرى

هل توجد أية تفاصيل أخرى عن المشروع المقترح ونشاطاته لم تتم تغطيتها؟ الرجاء إضافتها إن وجدت. (يرجى ارفاق، إن وجد، أية دراسات أو تقييمات لمشروعات مماثلة)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**قائمة المرفقات**

|  |
| --- |
| **الرجاء التأكد من إرفاق الوثائق المطلوبة أدناه** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الوثائق المطلوبة** | **التسليم** | **مرفق** | |
| نموذج طلب المنحة C4S | **ورقياً** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| نموذج طلب المنحة C4S نسخة الكترونية | **PDF + MS Word** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| شهادة التسجيل القانونية للمؤسسة | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| الهيكل التنظيمي للمؤسسة | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| الخطة الإستراتيجية للمؤسسة | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| التقارير المالية المدققة للثلاث سنوات السابقة (2019، 2020، 2021) | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| افادة البنك بوجود حساب بنكي فعال للمؤسسة مع تفاصيله (ملحق أ) | **الورقة الأصلية** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| مذكرة تفاهم مع الجهة المستضيفة (إن وجدت) | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| خطة تنفيذية تفصيلية للمشروع المقترح | **Soft Copy** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| موازنة مفصلة لبند مستلزمات ومواد لاستخدام المستفيدين | **MS Excel** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| أنظمة الحماية الخاصة بالعنف والتحرش والاستغلال الجنسي | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| نظام الشكاوى | **PDF** | 🗆 نعم | 🗆 لا |

**تعهّـــد**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| إن المشروع يتماشى مع شروط المنحة | 🗆 نعم | 🗆 لا |
| تم إكمال تعبئة نموذج طلب المنحة بأكمله | 🗆 نعم | 🗆 لا |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اسم المؤسسة |  | |
| اسم الشخص المخول بالتوقيع |  | |
| المنصب |  | |
| التوقيع | ختم المؤسسة | التاريخ |

**ملحق (أ )**

**التاريخ:**

**السادة مركز تطوير المؤسسات الأهلية**

**تحية طيبة وبعد**

**الموضوع: إفادة بوجود حساب بنكي فعال**

يشهد بنك ( ) فرع ( ) بأن مؤسسة ( ) لديها حساب بنكي فعال وبياناته كالتالي:

**اسم الحساب:**

**رقم الحساب:**

**السويفت كود:**

**رقم الايبان (IBAN)**:

**وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،**

**توقيع وختم البنك**