**טופס הרשמה - פרויקט למען מטופלי סרטן הדם**

**תאריך הבקשה**

**שם הארגון**

**שם הפרויקט**

**משך הפרויקט**

|  |
| --- |
| תמצית: רשמו בשלוש שורות את תמצית הבקשה - מומלץ להשלים אחרי מילוי שאר חלקי הטופס |
| ה"אני מאמין" שלכם או של הארגון, ההיסטוריה והעשייה הנוכחית, התפיסה המקצועית, הצוות המוביל של הארגון, גודל הארגון |
| הפרויקט: הצורך עליו הפרויקט מנסה לענות, אוכלוסיות היעד, הרציונל לדרך הפעולה שנבחרה, ייחודיות הפרויקט יחסית לפעולות אחרות הננקטות בתחום |
| פרטו מהן שלוש המטרות המרכזיות של הפרויקט  א.  ב.  ג. |
| אילו דרכים ננקטות כדי להבטיח את קיומו של הפרויקט לאורך זמן. התייחסו גם לאפשרות של יצירת מקורות הכנסה עצמאיים לפרויקט. |
| הקשר עם **עמותת חלי"ל האור - כיצד** הפרויקט מתאים, וכיצד לדעתכם יוכל לקדם את מטרות **העמותה** |

**פרטי קשר של בעלי תפקידים בארגון: יש לצרף חתימתם על מסמך זה**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם+משפחה** | **תפקיד** | **טלפון** | **e-mail** | **חתימה** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**סעיפי תקציב מרכזיים בתקציב הפרויקט המוצע**

יש לפרט בהתאם למשך הזמן שהוגדר לפרויקט, ניתן להציג סעיפים מרכזיים ולהציג אומדנים כלליים וניתן לצרף הסברים מילוליים

**הוצאות:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **סוג ההוצאה** | **סכום** | **הערות** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**נא לציין: קראתי והבנתי את התנאים להגשת פניה לקבלת מענק**  מעמותת חלי"ל האור

**שם מגיש הבקשה:**