

**AANVRAAGFORMULIER ‘KLEIN GELUK’ VOOR KLEINE, LOKALE PROJECTEN**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam project** |  |
| **Gevraagd bedrag** |  |

## **ALGEMEEN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam organisatie |  | | | | | |
| Postadres |  | | | | | |
| Postcode en plaats |  | | | | | |
| Contactpersoon |  | | | vrouw | man | open |
| Functie |  | | | | | |
| Telefoon |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| Website organisatie |  | | | | | |
| Facebook/ Twitter |  | | | | | |
| Rechtsvorm organisatie | Stichting | Vereniging | Anders, namelijk: ………… | | | |
| Inschrijfnummer KvK |  | | | | | |
| IBAN (rekeningnummer) |  | | | | | |

BESCHRIJVING

Geef hier een korte beschrijving van het project en benoem vooral het doel . Stuur ook een projectbeschrijving mee van max 2x A4 als bijlage.

|  |
| --- |
|  |

DOELGROEP

|  |  |
| --- | --- |
| **Beschrijving** | **Aantal personen** |
| Mensen met een verstandelijke beperking |  |
| Mensen met een lichamelijke beperking |  |
| Mensen met een meervoudige beperking |  |
| Mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) |  |
| Mensen met een zintuiglijke beperking |  |
| Mensen met een Autisme Spectrum Stoornis |  |
| Ouders/partners van een kind met een beperking |  |
| Andere deelnemers aan project; te weten: |  |

PLANNING

|  |  |
| --- | --- |
| Begin uitvoering project (dd/mm/jjjj) |  |
| Einde uitvoering project (dd/mm/jjjj) |  |

TIJDSDUUR

|  |  |
| --- | --- |
| * Een dagdeel | * …… nachten (aantal nachten invullen) |
| * Een dag | * ….... dagen (aantal dagen invullen) |
| * Wekelijks terugkerend | * Anders: ………………………………….. |
| * Maandelijks terugkerend | ………………………………………….… |

### KOSTEN EN INKOMSTEN

**Waaruit bestaan de kosten van het project en wat zijn de totale kosten?**

**Vul alleen in wat van toepassing is. Een begroting bijsluiten mag ook.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bedrag |
| Kosten van huur locatie (bijv. zaal of vakantieaccommodatie) | € |
| Kosten vervoer | € |
| Kosten activiteit en/of materiaal | € |
| Kosten personeel | € |
| Onkosten vrijwilligers | € |
| Overige kosten: …………………………………………………. | € |
|  |  |
| **Totale kosten** | **€** |

Inkomsten van de activiteit of het project. Een dekkingsplan bijsluiten mag ook.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bedrag |
| Eigen bijdrage van de organisatie | € |
| Eigen bijdrage van de deelnemers ( aantal x bedrag p.p.) | € |
| Overheid | € |
| Wervingsacties / sponsoren / andere fondsen | € |
| Eventuele opbrengsten uit het project | € |
| Overig | € |
| HandicapNL (gevraagd bedrag) | € |
|  |  |
| Totale inkomsten | € |

Bij deze aanvraag graag onderstaande bijlagen meesturen:

* [Digitaal gewaarmerkt uittreksel Kamer van Koophandel](file:///C:\Users\Frank\Downloads\•%09https:\www.kvk.nl\producten-bestellen\uittreksels\digitaal-gewaarmerkt-uittreksel\)

(ondertekening KvK, niet ouder dan 3 maanden)

* Projectbeschrijving van max 2x A4

Aldus naar waarheid ingevuld en ingediend door:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Plaats |  | Datum |  |
| Naam |  | Functie |  |

Het ingevulde aanvraagformulier met de bijlagen mailen naar: [aanvragen@handicap.nl](mailto:aanvragen@handicap.nl)