

صندوق دعم التماسك الاجتماعي تحسين ظروف تدرس الأطفال في وضعية إعاقة

نماذج الوثائق الملحقة
بدليل المساطر

السنة المالية 2019

من

السيد رئيس (ة) جمعية

إلى

السيد مدير التعاون الوطني

الموضوع: طلب دعم تحسين ظروف تـمدرس الأطفال في وضعية إعاقة.

في إطار "صندوق دعم التماسك الاجتماعي" ، تتقدم جمعية :

.....، بطلب دعم تحسين ظروف تـمدرس

الأشخاص في وضعية إعاقة المعوزين منهم، وذلك في إطار برنامج (1):

أ- برنامج للخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجية الوظيفية داخل المؤسسة المتخصصة.

ب- برنامج للخدمات التربوية والتأهيلية والعلاجية الوظيفية لدعم الإدماج المدرسي داخل المؤسسات التعليمية العمومية.

ت- برنامج للخدمات العلاجية الوظيفية التكميلية داخل المؤسسة المتخصصة.

توقيع رئيس الجمعية

وخاتم الجمعية

نموذج رقم 2

بطاقة معلومات حول الجمعية

- 1- اسم الجمعية :
- 2- الجهة :
- 3- العمالة أو الإقليم :
- 4- العنوان الكامل :
- 5- اسم رئيس الجمعية :
- 6- هاتف الرئيس :
- 7- البريد الإلكتروني للرئيس :
- 8- المجال الذي ينتمي إليه الأشخاص في وضعية إعاقة:

المجال	عدد المستفيدين
الحضري	
القروي	

- 9- هل تتوفر الجمعية على مؤسسة متخصصة لتدبير الخدمات: نعم لا
- 10- اسم وعنوان المؤسسة :
- 11- نوع الإعاقة في صفوف المستفيدين:

نوع الإعاقة	عدد المستفيدين	نوع الإعاقة	عدد المستفيدين
التوحد		إعاقة سمعية	
الشلل الدماغي (IMC)		إعاقة بصرية	
إعاقة ذهنية		إعاقة حركية	
إعاقة متعددة (أكثر من إعاقة)		آخر للتحديد	

- 12- اسم مدير(ة) المؤسسة المتخصصة :
- 13- اسم منسق برنامج الإدماج المدرسي(2):
- 14- اسم المؤسسة التعليمية :
- 15- عنوان المؤسسة التعليمية:
- 16-

قسم عادي	عدد الأقسام:	عدد المستفيدين:
قسم الدمج المدرسي	عدد الأقسام:	عدد المستفيدين:

² بالنسبة للجمعيات التي توفر هذه الخدمة.

17- العدد الإجمالي للأشخاص في وضعية إعاقة المعوزون، بالنسبة لكل برنامج من البرامج موضوع الدعم :

نوع البرنامج موضوع الدعم	عدد المستفيدين الذكور	عدد المستفيدين الإناث	مجموع المستفيدين
الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجية الوظيفية داخل المؤسسة المتخصصة.			
الخدمات التربوية والتأهيلية والعلاجية الوظيفية لدعم الإدماج المدرسي داخل المؤسسات التعليمية العمومية.			
الخدمات العلاجية الوظيفية التكميلية داخل المؤسسة المتخصصة			
المجموع			

18- هل تتوفر الجمعية على شراكة مع:

- نيابة وزارة التربية الوطنية أو الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين نعم لا
- مندوبية وزارة الصحة أو المديرية الجهوية لوزارة الصحة نعم لا
- مندوبية التكوين المهني نعم لا

19- هل سبق أن استفادت الجمعية من دعم للتدريس من وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية:

- إذا كان الجواب "نعم" : نعم لا
- السنة المالية الأخيرة التي توصلتم فيها بالدعم :
- مبلغ الدعم :
- عدد المستفيدين :

20- هل سبق أن استفادت الجمعية من دعم للتدريس من التعاون الوطني في مجال تحسين ظروف تدريس الأطفال في وضعية إعاقة في إطار صندوق دعم التماسك الاجتماعي:

- إذا كان الجواب "نعم" : نعم لا
- السنة المالية الأخيرة التي توصلتم فيها بالدعم :
- مبلغ الدعم :
- عدد المستفيدين :

توقيع أمين مال الجمعية

توقيع رئيس الجمعية
وخاتم الجمعية

نموذج رقم 3

تصريح بالشرف

أنا الموقع أسفله :

السيد (ة) :

بصفتي رئيس (ة) جمعية:

**ألتزم بأن لا يوجه أي دعم مالي تكميلي من أي جهة عمومية أو خصوصية، لتغطية نفقات نفس الخدمات
لنفس المستفيدين من دعم التمدرس المدرج في إطار صندوق دعم التماسك الاجتماعي.**

توقيع رئيس الجمعية وخاتم الجمعية (3)

التخصص والمجال الترابي لتدخل الجمعية

اسم الجمعية:		
الإعاقة السائدة داخل الفئة المستفيدة (4)		
- رمز A بالنسبة لإعاقة التوحد: عدد المستفيدين:		
- رمز I بالنسبة لإعاقة لشلل الدماغ: عدد المستفيدين:		
- رمز H بالنسبة لباقي الإعاقات: عدد المستفيدين:		
المجال الترابي لتدخل الجمعية		
(يقصد بالمجال الترابي إقامة أغلب المرشحين المستهدفين)		
(انظر سلم التنقيط أسفله)		
قروي: عدد المستفيدين:	حضري: عدد المستفيدين:	جهة:
عمالة/ إقليم:		
أقل من 50%	يساوي 50%	أكثر من 50%
مجموع عدد المستفيدين:		
عدد المستفيدين الإناث:		
نسبة الإناث من العدد الإجمالي من المستهدفين:		

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

رمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
رمز (I) : بالنسبة لشلل الدماغ
رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات

القدرات التدبيرية للجمعية

اسم الجمعية:					
نسبة التغطية والتأطير :				العدد الإجمالي للمستفيدين من الخدمات:	
عدد مختصي العلاج الشبه الطبي (5)					
التربية الخاصة	العلاج النفسي	التقويم النفس حركي	العلاج الوظيفي المهني Ergothérapie	الترويض الطبي	تقويم النطق
				لا	نعم
				لا	نعم
				لا	نعم

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

⁵مع إضافة لائحة اسمية للمختصين، الذين سيشفرون على تقديم خدمات التربية والتأهيل والعلاج الوظيفي للأطفال المستفيدين من الدعم. (انظروا نموذج رقم 9).
⁶ نسخة آخر شراكة سابقة.

نموذج رقم 6

التزام

أشهد أنا الموقع أسفله :

.....الاسم الكامل:

.....رئيس جمعية:

أن التزم بمد لجن الزيارة التابعة للقطب الاجتماعي بالوثائق الضرورية، وأن أعمل على تيسير الزيارات الميدانية للاطلاع على الخدمات المنصوص عليها في الاتفاقية المبرمة مع التعاون في إطار صندوق دعم التماسك الاجتماعي.

توقيع وخاتم الجمعية

نموذج رقم 7

- دعم برنامج الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجية الوظيفية داخل مؤسسة متخصصة .

رت	اسم المرشح المستفيد (ة)	نوعية الإعاقة (٧)	التربية الخاصة	العلاجات الشبه الطبية 8				الدعم والمواكبة النفسية	التأهيل المهني
				Psychmot	Kiné	Ortho	Ergo		
1								
2								
3								
4								
5								
المجموع									
	توقيعات المختصين مع تدوين رقم البطاقة الوطنية وكتابة عبارة "اطلعت على لائحة المستفيدين والخدمات المقترحة ووافقت".								توقيع رئيس الجمعية
			توقيع	توقيع	توقيع	توقيع	توقيع	توقيع	توقيع
		
		

النسبة المئوية (%) للإناث:

عدد المستفيدين الإناث :

العدد الإجمالي للمستفيدين:

رمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغي
رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات
ضع علامة (x) أمام الخدمة

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné docteur.....Inscrit au conseil de l'ordre
des médecins sous le n°

Certifie avoir examiné

Age :

Et atteste que l'intéressé(é) présente :

Type de handicap		Degré de handicap ⁽⁹⁾			Pour une durée		
		Léger	Moyen	profond	définitive	Non définitive	Evolutive
Moteur <i>(préciser en cas IMC)</i>						
ORL <i>(auditif et/ ou vocal)</i>						
Visuel						
Mental <i>(Préciser en cas Trouble de Spectre autistique (TSA)</i>						
Autres à préciser						

Signature et cachet du médecin

⁹ Référence : l'arrêté du ministre de la santé n°1977-98, du 23 octobre 1998 fixant les critères médicaux et techniques devant servir pour la détermination de la qualité de personne handicapée

نموذج رقم 9

لائحة الموارد البشرية المتخصصة

الأطر المتخصصة التي ستشرف فعليا على تقديم الخدمات لفائدة المستفيدين من " دعم التمدرس":

الاسم الكامل	مجال التخصص (سلة الخدمات موضوع الدعم) 1	عدد سنوات التجربة في المجال	رقم الهاتف	متعاقد(ة) بصفة دائمة	متعاقد(ة) لحصاص محددة	موضوع رهن الإشارة من لدى قطاع عمومي	متطوع(ة)

اسم مدير المؤسسة

أو اسم منسق المشروع بالنسبة للدمج المدرسي:

رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني :

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

من
السيد رئيس (ة) جمعية
إلى
السيد مدير التعاون الوطني

الموضوع: اعتراف

نحن الموقعين أسفله؛

السيد (ة) :.....؛

بصفتي رئيس جمعية.....؛

و السيد (ة) :.....؛

بصفتي مدير المؤسسة التابعة للجمعية؛

نشهد أن السيد (ة) :.....؛

حامل (ة) للبطاقة الوطنية رقم :.....؛

يتوفر/ تتوفر على الكفاءة والقدرة على التأطير التربوي بالمؤسسة التابعة لجمعية، وذلك اعتراف لما
راكمه/ راكمته من تجربة ميدانية وتكوينات في مجال الإعاقة.

وقد سلم هذا الاعتراف لإدارة التعاون الوطني، في إطار طلب دعم صندوق دعم التماسك الاجتماعي

برسم السنة المالية 2019.

توقيع مدير المؤسسة	توقيع رئيس الجمعية وخاتم الجمعية
توقيع المعني بالأمر اطلعت على الاعتراف	

التزام

الطرف الأول:

أنا الموقع أسفله ؛

السيد (ة)

تخصص

.....: **الحامل للبطاقة الوطنية للتعريف رقم**

التزم بتقديم خدمات تأهيلية لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة المسجلين لدى جمعية

مقابل تعويض جزافي شهري قدره ، وذلك فور توصل الجمعية بالدعم المالي في إطار دعم التمدرس

المدرج في صندوق دعم التماسك الاجتماعي.

الطرف الثاني:

تلتزم الجمعية بأداء تعويض جزافي شهري بالنسبة للسنة المالية، مع عدم احتساب شهر غشت من كل سنة.

توقيع مصادق عليه

محاور المشروع الفردي

Nom/ Prénom.....الاسم الكامل

Date de naissance تاريخ الازدياد

Situation du handicap..... توصيف موجز لوضعية الإعاقة

.....

Préciser l'espace de تحديد مجال التمدرس(10):

scolarisation :

- Etablissement spécialisé :
- Etablissement scolaire :

- داخل مؤسسة متخصصة
- داخل مؤسسة تعليمية دامجة

Objectifs opérationnels escomptés :

الأهداف الإجرائية المنتظرة:

- Education et apprentissages scolaires :
الدراسية:

مجال التربية والتعلم

-

-

- Apprentissages sociaux :
التعلم

الاجتماعية:

.....

.....

Communication et interaction sociale :
التواصل والتفاعل الاجتماعي :

:

-

-

Habilités motrices : المهارات الحركية :

-

-

Apprentissages professionnels : التعلّيمات المهنية :

:

-

-

بالنسبة للإدماج المدرسي:

- عدد الساعات الأسبوعية المتوقعة للدمج داخل الأقسام الدراسية العادية:.....

- هل سيتم ترشيح الطفل(ة) للامتحان الإشهادي :.....

توقيعات أعضاء الفريق

Ergothér apie	<i>Orthopho niste</i>	<i>Psychométri cienne(ne)</i>	<i>Kinésithé rapeute</i>	<i>Psycholo g ue clini cien (ne)</i>	<i>Educateur(t rice) spécialisé (e)</i>	<i>Format eur / Educat eur techniq ue</i>
<i>Directeur (trice) de l'établissement</i>						

نموذج رقم 7/أ

- برنامج خدمات دعم الإدماج المدرسي داخل المؤسسات التعليمية العمومية

رت 1	اسم المرشح المستفيد (ة)	نوعية الإعاقة (11)	التربية الخاصة	العلاجات الشبه الطبية			الدعم و المواكبة النفسية
				Ortho	Kiné	Psychmot	
1							
2							
3							
4							
المجموع							
توقيعات المختصين مع تدوين رقم البطاقة الوطنية وكتابة عبارة " اطلعت على لائحة المستفيدين والخدمات المقترحة ووافقت".							
توقيع رئيس الجمعية							
توقيع							
توقيع							
توقيع							
توقيع							
توقيع							

العدد الإجمالي للمستفيدين:

عدد المستفيدين الإناث :

النسبة المئوية (%) للإناث:

¹¹الرمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغي
رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات

نموذج رقم 7 / ب - برنامج الخدمات العلاجية الوظيفية التكميلية داخل المؤسسة المتخصصة.

لائحة اسمية للمترشحين للاستفادة من الخدمات العلاجية الوظيفية التكميلية داخل المؤسسة المتخصصة

رتب 1	اسم المرشح المستفيد (٥)	نوعية الإعاقة (12)	العلاجات الشبه الطبية				الدعم و المواكبة النفسية
			Psychmot	Kiné	Ortho	Ergothérapie	
1							
2							
3							
4							
المجموع							
توقعات المختصين مع تدوين رقم البطاقة الوطنية وكتابة عبارة " اطلعت على لائحة المستفيدين والخدمات المقترحة ووافقت".							
توقيع رئيس الجمعية		توقيع	توقيع	توقيع	توقيع	توقيع	
.....		
.....		

النسبة المئوية (%) للإناث:

عدد المستفيدين الإناث :

العدد الإجمالي للمستفيدين:..

12 رمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغي
رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات

بيان أوجه صرف الدعم المقترح برسم السنة المالية 2019
في إطار برنامج تحسين ظروف تدرس الأطفال في وضعية إعاقة

إسم البرنامج*	عدد المستفيدين	عدد الأطر	إسم المؤسسة

البيان	الإسم الكامل	المهمة*	الأجر الشهري بالدرهم	عدد الأشهر موضوع الدعم	مجموع الدعم	توقيع الإطار المعني
الموارد البشرية				11		
				11		
				11		
				11		
				11		
				11		
				11		
				11		
				11		
المجموع الجزئي للموارد البشرية						
تأمين المستفيدين من النقل				1		
النقل				10		
المجموع الجزئي للنقل						
المطعمة				12		

						الأطفال المهملين في وضعية إعاقة داخل مؤسسة الرعاية الاجتماعية
						المجموع الجزئي للمطعمة
						المجموع العام

المهمة: التربية الخاصة، تقويم النطق، الترويض الطبي، الترويض الحسي حركي، العلاج الوظيفي المهني ، الدعم والمواكبة النفسية، التأهيل المهني، خدمات النقل: التأمين، أجر السائق، البنزين، إصلاحات سيارة النقل فقط
إسم البرنامج

رمز A : الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجات الوظيفية داخل المؤسسة المتخصصة

رمز B : الخدمات التربوية والتأهيلية والعلاجات الوظيفية لدعم الإدماج المدرسي داخل المؤسسة التعليمية العمومية

رمز C: الخدمات العلاجية الوظيفية التكميلية داخل المؤسسة المتخصصة

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

توقيع مدير المؤسسة المتخصصة أو منسق برنامج الإدماج المدرسي

نموذج رقم 14: التقرير المالي

أوجه صرف الشطر الأول أو الثاني من مبلغ الدعم المخصص للجمعية العاملة في مجال تحسين تدرّس الأطفال في وضعية إعاقة برسم السنة المالية 2019

	إسم الجمعية
	اتفاقية الشراكة بين الجمعية والتعاون الوطني رقم.....
	الدعم المتوصل به خلال الشطر الأول أو الثاني بالدرهم
	مجموع المصاريف المؤداة بالدرهم خلال الشطر الأول أو الشطر الثاني:
	المبلغ المتبقي من الشطر الأول أو الثاني بالدرهم

نوع برنامج موضوع الدعم	الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجات الوظيفية داخل المؤسسة المتخصصة	الخدمات التربوية والتأهيلية والعلاجات الوظيفية لدعم الإدماج المدرسي داخل مؤسسة تعليمية عمومية	الخدمات العلاجية الوظيفية التكميلية داخل المؤسسة المتخصصة
عدد المستفيدين موضوع الدعم			
إسم المؤسسة المتخصصة			
إسم المؤسسة التعليمية			

توقيع وخاتم أمين المال

توقيع وخاتم الخبير في المحاسبة

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

بيان مصاريف الشطر الأول أو الثاني من أجل تغطية مصاريف الأجور أو تعويضات الموارد البشرية المتخصصة
المكلفة بإنجاز الخدمات الملتمزم بها

الإسم الكامل	التربية الخاصة	التقويم النطق	الترويض الطبي	الترويض النفسي الحركي	العلاج الوظيفي المهني	العلاج النفسي	التكوين المهني	المدير	الأجر الشهري	المدة بالشهر	المصاريف الإجمالية

توقيع وخاتم
أمين المال

توقيع وخاتم الخبير في المحاسبة

توقيع وخاتم
رئيس
الجمعية

الخدمات الداعمة للنقل المدرسي والتأمين بالنسبة للمؤسسات التي تؤمن هذه الخدمة

ملاحظات	المصاريف	البيان
		تأمين المستفيدين من خدمة النقل
		سائق
		بنزين
		إصلاح السيارة
		المجموع

خدمة المطاعم بالنسبة للمؤسسات التي تؤمن هذه الخدمة

ملاحظات	المصاريف	البيان
		المجموع

توقيع وخاتم أمين المال

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

توقيع وخاتم الخبير في
المحاسبة

من

السيد رئيس (ة) جمعية

إلى

السيد مدير التعاون الوطني

الموضوع: طلب صرف الفائض المالي

في إطار دعم تحسين ظروف تـمدرس الأطفال في وضعية إعاقة المندرج في "صندوق دعم التماسك

الاجتماعي"، تتقدم جمعية:

بطلب استعمال الفائض المالي عن السنة المالية, والمقدر ب:

..... درهم.

وذلك لصرفه (13):

.....	كتسبيق مالي لتغطية تعويضات أو أجور الأطر العاملة في خدمات دعم التـمدرس، والتي سبق التصريح بها لدى التعاون الوطني في إطار طلب الدعم
.....	لتحسين تعويضات أو أجور الأطر المعنية بالتـمدرس والمحددة حصريا في سلة الخدمات، والتي سبق التصريح بها لدى التعاون الوطني في إطار طلب دعم التـمدرس
.....	لتنشغيل أطر مختصة إضافية لخدمات دعم التـمدرس المحددة في سلة الخدمات
	مقترح آخر
	14)

توقيع رئيس الجمعية

وخاتم الجمعية

¹³ وضع علامة x

¹⁴ لا يقبل أي مقترح يتعلق بالبناء أو تهيئة المؤسسة أو التجهيز أو أي خدمة غير تلك المحددة في سلة خدمات دعم التـمدرس .