

ⵜⴰⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ | ⵎⵓⵔⵓⵎ
ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ | ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ
ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ



المملكة المغربية
وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية
والمساواة والأسرة

ⵜⴰⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ | ⵎⵓⵔⵓⵎ
ⵎⵓⵔⵓⵎ ⵏ ⵎⵓⵔⵓⵎ



المملكة المغربية
التعاون الوطني

ROYAUME DU MAROC - ENTRAIDE NATIONALE KINGDOM OF MOROCCO - NATIONAL MUTUAL AID

صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي
تحسين ظروف تدرس الأطفال في وضعية إعاقة

نماذج الوثائق الملحقمة بدليل المساطر

السنة المالية 2021

من

السيد رئيس (ة) جمعية

إلى

السيد مدير التعاون الوطني

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

في إطار "صندوق دعم الحماية الاجتماعية و التماسك الاجتماعي" ، تتقدم جمعية :

..... بطلب دعم تحسين ظروف تدرس 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

¹ضع سطرًا تحت البرنامج، موضوع طلب الدعم. (يمكن للجمعية طلب دعم أكثر من برنامج واحد).

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 تتواجد به الجمعية : حضري : نعم قروي : نعم

بطاقة معلومات حول المشروع موضوع الدعم

| | |
|-------|--|
| رمز A | دعم برنامج الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجات الوظيفية داخل المؤسسة المتخصصة |
| رمز B | دعم برنامج خدمات دعم الإدماج المدرسي داخل المؤسسات التعليمية العمومية |
| رمز C | دعم برنامج خدمات التكميلية داخل مؤسسة متخصصة |

ضع X في المكان المناسب

- 9- هل تتوفر الجمعية على مؤسسة متخصصة لتدبير الخدمات المتعلقة ببرنامج A او C:
 نعم
 لا

10- اسم وعنوان المؤسسة:

- 11- هل تتوفر المؤسسة على ترخيص طبقا لقانون 14.05: نعم لا

- 12- جمعية متخصصة (علاقة بنوع الإعاقة): نعم لا

13- اسم مدير(ة) المؤسسة المتخصصة:

14- 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

15- اسم منسق برنامج الإدماج المدرسي⁽²⁾:

16- اسم وعنوان المؤسسة التعليمية (موضوع دعم برنامج الدمج المدرسي B)

| عدد المستفيدين | عنوان المؤسسة التعليمية | اسم المؤسسة التعليمية |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

17- معلومات حول عدد المستفيدين سواء داخل أقسام عادية أو أقسام الدمج المدرسي

| عدد المستفيدين: | عدد الأقسام: | قسم عادي |
|-----------------|--------------|------------------------------|
| عدد المستفيدين: | عدد الأقسام: | قسم الدمج المدرسي |
| عدد المستفيدين: | عدد القاعات: | قاعة الموارد للدعم و التأهيل |

²بالنسبة للجمعيات التي توفر هذه الخدمة.

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

| عدد المستفيدين في المجال حضري | عدد المستفيدين في المجال القروي | مجموع المستفيدين | عدد الإناث | عدد الذكور | نوع البرنامج موضوع الدعم |
|--|--|---------------------|---------------|---------------|--|
| | | | | | 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 |

19- نوع الإعاقة مع العدد الإجمالي للمستفيدين في إطار دعم برنامج A أو B أو C أو برنامجين أو ثلاث برامج:

| عدد المستفيدين | نوع الإعاقة | عدد المستفيدين | نوع الإعاقة |
|-------------------|-------------|-------------------|--|
| | إعاقة سمعية | | اضطراب طيف التوحد TSA |
| | إعاقة بصرية | | التثلث الصبغي 21 (T) |
| | إعاقة حركية | | الشلل الدماغي (IMC) |
| | إعاقة ذهنية | | الشلل الدماغي (IMOC) |
| | آخر للتحديد | | إعاقة اضطرابات التعلم الخاصة Dys |
| | | | إعاقة متعددة (أكثر من إعاقة) |
| | | | جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma " pigmentosum) (أطفال القمر) |

20- معلومات حول الأطر المتخصصة التي ستشرف فعليا على تقديم الخدمات لفائدة المستفيدين من " دعم التمدرس":

| البيان | عدد الأطر في البرنامج A (داخل المؤسسة) | عدد الأطر في البرنامج B (الدمج المدرسي) | عدد الأطر في البرنامج C | مجموع التأطير |
|-------------------------------|--|--|----------------------------|---------------|
| التربية الخاصة | | | | |
| التأهيل المهني | | | | |
| تصحيح النطق | | | | |
| الترويض الطبي | | | | |
| النفس الحركي | | | | |
| العلاج الوظيفي المهني | | | | |
| الدعم النفسي | | | | |
| مدير مؤسسة متخصصة | | | | |
| منسق المشروع في الدمج المدرسي | | | | |
| السائق | | | | |

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

لا

نعم

- إذا كان الجواب "نعم" : املأ الجدول أسفله

| سنوات الدعم | اسم البرنامج: A/B/C | مبلغ الدعم | عدد المستفيدين | الاستفادات الجمعية من الشرط الأول من الدعم | الاستفادات الجمعية من الشرط الثاني من الدعم | ملاحظات (وضعية آخر تقرير مالي) |
|-------------|------------------------|------------|----------------|---|--|--------------------------------------|
| 2015 | | | | | | |
| 2016 | | | | | | |
| 2017 | | | | | | |
| 2018 | | | | | | |
| 2019 | | | | | | |
| 2020 | | | | | | |

- معلومات حول عدد المستفيدين من الدعم المدرسي للموسم الدراسي 2021/2020

| عدد المستفيدين | لا | نعم | |
|----------------|----|-----|----------|
| | | | برنامج A |
| | | | برنامج B |

توقيع رئيس الجمعية
وخاتم الجمعية

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 نفس تعويضات الأطر ولنفس الفترة الزمنية ولنفس الخدمات المدرجة في الدليل المسطري لدعم التمدرس المدرج في إطار صندوق دعم الحماية الاجتماعية و التماسك الاجتماعي.

توقيع رئيس الجمعية وخاتم الجمعية (3)

التخصص والمجال الترابي لتدخل الجمعية

| | | |
|--|-----------|-------------|
| اسم الجمعية: | | |
| الإعاقاة السائدة داخل الفئة المستفيدة (4) | | |
| - رمز A بالنسبة لاضطراب طيف التوحد: عدد المستفيدين:..... - رمز I بالنسبة لنوي الشلل الدماغي : عدد المستفيدين:..... -رمز T بالنسبة لنوي تثالث الصبغي 21 : عدد المستفيدين..... رمز Dys بالنسبة لاضطرابات التعلم الخاصة: عدد المستفيدين..... -. رمز H بالنسبة لباقي الإعاقات : عدد المستفيدين:..... | | |
| المجال الترابي لتدخل الجمعية | | |
| جهة: | | |
| عمالة/ إقليم: | | |
| أقل من 50% | يساوي 50% | أكبر من 50% |
| مجموع عدد المستفيدين: | | |
| عدد المستفيدين الإناث: | | |
| نسبة الإناث من العدد الإجمالي من المستفيدين : | | |

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

4رمز (A) : بالنسبة لاضطراب طيف التوحد
 رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغي
 رمز T : بالنسبة للتثالث الصبغي 21
 رمز Dys بالنسبة لاضطرابات التعلم الخاصة (ديسليكسيا)
 رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات

القدرات التديرية للجمعية

| | | | | | |
|---|---------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------|--|
| اسم الجمعية: | | | | | |
| العدد الإجمالي للمستفيدين من الخدمات: | | برنامج أ: | | برنامج ب: | |
| برنامج ت: | | | | | |
| عدد مختصي العلاج الشبه الطبي (5) | | | | | نسبة التغطية والتأطير: |
| التربية الخاصة | العلاج النفسي | النفس حركي | العلاج الوظيفي المهني Ergothérapie | الترويض الطبي | تصحيح النطق |
| | | | | | عدد الأطر التي تتولى تقديم سلة خدمات موضوع الدعم |

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

⁵مع إضافة لائحة اسمية للمختصين، الذين سيشفرون على تقديم خدمات التربية والتأهيل والعلاج الوظيفي للأطفال المستفيدين من الدعم. (انظر نموذج رقم 9).

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 الحماية

الاجتماعية و 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 (6) | التربية الخاصة | العلاجات الشبه الطبية ⁷ | | | | 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 | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | توقيع | | رئيس الجمعية | |
| | | | | | | | | | |

رمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
 رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغي
 رمز T : بالنسبة للتثلث الصبغي 21
 رمز Dys بالنسبة لاضطرابات التعلم الخاصة (ديسليكسيا)
 رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات
 ضع علامة (x) أمام الخدمة

العدد الإجمالي للمستخدمين:.....

عدد المستخدمين الإناث :

النسبة المئوية (%) للإناث:.....

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 ⁽⁸⁾ | | | 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 d'autisme (TSA)</i> | | | | | | | |
| Mental <i>(préciser en cas d'IMOC)</i> | | | | | | | |
| Autres à préciser | | | | | | | |

Ce document est délivré pour servir à l'appui à la scolarisation.

Signature et cachet du médecin

⁸**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

لائحة الموارد البشرية المتخصصة

الأطر المتخصصة التي ستشرف فعلياً على تقديم الخدمات لفائدة المستفيدين من " دعم المدرس ":

| الاسم الكامل | مجال التخصص (سلة الخدمات موضوع الدعم) 1 | الشهادة أو الدبلوم المحصل عليه | عدد سنوات التجربة في المجال | رقم الهاتف | متعاقد(ة) بصفة دائمة | متعاقد(ة) لحصص محددة ⁹ | موضوع رهن الإشارة من لبن قطاع عمومي | متطوع(ة) |
|--------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|-------------------------|---|--|----------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

اسم مدير المؤسسة

رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني:

أو اسم منسق المشروع بالنسبة للدمج المدرسي:

رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني:

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

⁹ بالنسبة لأطر القطاع العام، ضرورة تقديم ترخيص من الإدارة المعنية تسمح للمعني بالأمر بتقديم خدمات الدعم.

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) :.....،

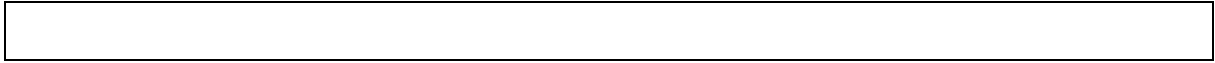
حامل (ة) للبطاقة الوطنية رقم :.....؛

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

وقد سلم هذا الاعتراف لإدارة التعاون الوطني، في إطار طلب دعم التمدرس المدرج في إطار صندوق دعم الحماية الاجتماعية و

التماسك الاجتماعي برسم السنة المالية 2021

| | |
|---|-------------------------------------|
| توقيع مدير المؤسسة المتخصصة أو منسق البرنامج بالنسبة للدمج المدرسي | توقيع رئيس الجمعية وخاتم الجمعية |
| توقيع المعني بالأمر اطلعت على الاعتراف | |



صندوق دعم الحماية الاجتماعية و التماسك الاجتماعي.

خدمة دعم تدرس الأطفال في وضعية إعاقة

التزام

الطرف الأول:

أنا الموقع أسفله ؛

- السيد (ة)
- الحامل للبطاقة الوطنية للتعريف رقم:.....
- التخصص (اسم الديبلوم أو الشهادة).....
- نوعية الخدمة المقدمة داخل المؤسسة / المركز

أشهد بأني لا أشتغل بقطاع الوظيفة العمومية؛

كما التزم بتقديم خدمات تأهيلية لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة المسجلين لدى المؤسسة / المركز المتخصص

التابع لجمعية

مقابل تعويض جزائي شهري قدره

والذي أتسلمه فور توصل الجمعية المسيرة بالدعم المالي الخاص بدعم التمدريس المندرج في صندوق دعم الحماية الاجتماعية و التماسك

الاجتماعي.

الطرف الثاني:

- تلتزم الجمعية بأداء تعويض جزائي شهري بالنسبة للسنة المالية, دون احتساب شهر غشت من كل سنة.

الطرف الثاني (توقيع مصادق عليه)

الطرف الأول (توقيع مصادق عليه)

محاور المشروع الفردي

Nom/ Prénom..... الاسم الكامل

Date de naissance تاريخ الازدياد

..... اسم الأب..... اسم الأم.....

..... العنوان..... الهاتف.....

Situation d' handicap..... توصيف موجز لوضعية الإعاقة

.....

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

- Etablissement spécialisé: داخل مؤسسة متخصصة -
- Etablissement scolaire: داخل مؤسسة تعليمية داخجة -

Objectifs opérationnels escomptés : الأهداف الإجرائية المنتظرة:

- Education et apprentissages scolaires : مجال التربية والتعلات الدراسية:

-

-

- Apprentissages sociaux : التعلات الاجتماعية:

.....

¹⁰ ضع سطرا تحت المجال المعني.

.....

Communication et interaction sociale : التواصل والتفاعل الاجتماعي

:

-

-

Habilités motrices : المهارات الحركية

-

-

- Apprentissages professionnels :

التعلم المهنية :

-

-

بالنسبة للإدماج المدرسي:

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

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

توقعات أعضاء الفريق

| | | | | | | |
|--------------|---------------|---------------------|------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Ergothérapie | Orthophoniste | Psychométricien(ne) | Kinésithérapeute | Psychologue clinicien(ne) | Educateur(trice) spécialisé(e) | Formateur / |
|--------------|---------------|---------------------|------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--------------------------------|
| | | | | | | <i>Educateur technique</i> |
| | | | | | | |
| <p><i>Directeur (trice) de l'établissement</i> مدير (ة) المؤسسة المختصة (برنامج أ)(برنامج ت) منسق البرنامج أو رئيس الجمعية (برنامج ب)</p> | | | | | | |

نموذج رقم 7/1

- برنامج خدمات دعم الإدماج المدرسي داخل المؤسسات التعليمية العمومية

| رتب 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 | | | | | | | |
| توقيع رئيس الجمعية | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

العدد الإجمالي للمستفيدين:

عدد المستفيدين الإناث:

النسبة المئوية (%) للإناث:.....

(توقيع مدير المؤسسة التعليمية)

لا

نعم

مؤسسة تعليمية تتوفر على قاعات للموارد للتأهيل و الدعم:

الرمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغي
رمز T : بالنسبة للتثلث الصبغي 21
رمز dys بالنسبة لإعاقة ديسليكسيا
رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات

نموذج رقم 7 اب

- 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 (ة) | نوعية الإعاقة (12) | العلاجات الشبه الطبية | | | | الدعم و المواكبة النفسية |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|--|-----------------------------|
| | | | Psychomot | Kiné | Ortho | Ergothérapie | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| المجموع | | | | | | | |
| توقيع رئيس الجمعية | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | توقيع | توقيعات المختصين مع تدوين رقم البطاقة الوطنية وكتابة عبارة " اطلعت على لائحة المستفيدين والخدمات المقترحة ووافقت". | |

العدد الإجمالي للمستفيدين:

عدد المستفيدين الإناث :

النسبة المئوية للإناث:

12 ارمز (A) : بالنسبة لإعاقة التوحد
رمز (I) : بالنسبة للشلل الدماغى
رمز T : بالنسبة للتثلث الصبغى 21
رمز dys بالنسبة لإعاقة ديسليكسيا
رمز H : بالنسبة لباقي الإعاقات

بيان أوجه صرف الدعم المقترح برسم السنة المالية 2021
في إطار برنامج تحسين ظروف تدرس الأطفال في وضعية إعاقة

| إسم البرنامج: | عدد المستفيدين | عدد الأطر | إسم المؤسسة المتخصصة أو التعليمية |
|---------------|----------------|-----------|-----------------------------------|
| A برنامج | | | |
| B برنامج | | | |
| C برنامج | | | |
| المجموع | | | |

| 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 | | | | - | | |
| النقل (تضمين اسم السائق مع تجزئي المبلغ حسب الحاجة) | | | | 10 | | |
| المجموع الجزئي للنقل | | | | | | |
| المطعمة الأطفال المهلين في وضعية إعاقة داخل مؤسسة الرعاية الاجتماعية | | | | 12 | | |
| 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: أجر السائق، البنزين، إصلاحات سيارة النقل فقط

اسم 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

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | | |
| <p>نموذج رقم 14: التقرير المالي</p> <p>أوجه صرف مبلغ الدعم المخصص للجمعية العاملة في مجال تحسين تدرّس الأطفال في وضعية إعاقة برسم السنة المالية 2021</p> | | | |
| | | | |
| | | | إسم الجمعية |
| | | | اتفاقية الشراكة بين الجمعية والتعاون الوطني رقم..... |
| | | | الدعم المتوصل به بالدرهم |
| | | | مجموع المصاريف المؤداة بالدرهم: |
| | | | المبلغ المتبقي بالدرهم |
| الخدمات العلاجية الوظيفية التكيلية داخل المؤسسة المتخصصة | الخدمات التربوية والتأهيلية والعلاجات الوظيفية لدعم الإدماج المدرسي داخل مؤسسة تعليمية عمومية | الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجات الوظيفية داخل المؤسسة المتخصصة | نوع برنامج موضوع الدعم |
| | | | 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 الأجور أو تعويضات الموارد البشرية المتخصصة
المكلفة بإنجاز الخدمات الملتمز بها

| المصاريف الإجمالية | تسمية الأشهر المعنية بالدعم | الأجر الشهري | المدير أو منسق المشروع | التكوين المهني | العلاج النفسي | العلاج الوظيفي المهني | الترويض النفسي الحركي | الترويض الطبي | التقويم النطق | التربية الخاصة | الإسم الكامل |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|------------------|----------------|--------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | المجموع | | | | | |
| توقيع وخاتم أمين المال | | | | | | توقيع وخاتم رئيس الجمعية | | | | | |
| توقيع وخاتم الخبير في المحاسبة | | | | | | | | | | | |

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 المطعمة بالنسبة للمؤسسات التي تؤمن هذه الخدمة

| ملاحظات | المصاريف | البيان |
|---------|----------|---------|
| | | |
| | | |
| | | المجموع |

توقيع وخاتم أمين المال

توقيع وخاتم رئيس الجمعية

توقيع وخاتم الخبير في
المحاسبة

(اسم الجمعية)

إشهاد

أنا الموقع أسفله:

السيد(ة):

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم:

أشهد أنني تسلمت من: إسم الجمعية

مبلغ درهم كتعويض لي عن أشهر: (أسماء الأشهر) لسنة

من دعم برنامج تحسين ظروف تدرس الأطفال في وضعية إعاقة بصفتي(المهام داخل الجمعية)

التوقيع مصادق عليه

من
السيد رئيس (ة) جمعية

إلى
السيد مدير التعاون الوطني

الموضوع: طلب صرف الفائض المالي

في إطار تحسين ظروف تـمدرس الأطفال في وضعية إعاقة المدرج في «صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتأسيك الاجتماعي».

"، تتقدم جمعية:

بطلب استعمال الفائض المالي عن السنة المالية, والمقدر ب: درهم.

وذلك لصفه (13):

| | |
|----------------------|---|
| | كتسيب مالى لتغطية تعويضات أو أجور الأطر العاملة في خدمات دعم التـمدرس، والتي سبق التصريح بها لدى التعاون الوطني في إطار طلب الدعم |
| | لتشغيل أطر مختصة إضافية لخدمات دعم التـمدرس المحددة في سلة الخدمات |
| | أداء مصاريف شهر غشت |
| 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 .

استعمال الزمن الخاص بالخدمات المقدمة
أطر التربية الخاصة
(لا يعبأ من قبل الجمعيات التي تجمعها عقود شغل مع الأطر المعنية)

| | | | |
|--|----------------------------|----------------------------------|---|
| أنا الموقع أسفله، السيد (ة): | | | |
| الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: | | | |
| دبلوم تخصصي في التربية: باكوريا + 3 سنوات | من 4500 درهم إلى 5000 درهم | نصف يوم: (من 112 إلى 125 درهم) | بصفتي مختص في التربية: (ضع علامة في الخانة مع الإداء بشهادة تثبت المستوى التعليمي) |
| دبلوم عام: باكوريا + 3 سنوات + تجربة تربية على الأقل سنة واحدة | من 4000 درهم إلى 4500 درهم | نصف يوم: (من 100 إلى 112 درهم) | |
| باكوريا + تجربة تربية على الأقل سنتان | من 3500 درهم إلى 4000 درهم | نصف يوم: (من 88 إلى 100 درهم) | |
| باكوريا أو أقل + تجربة تربية على الأقل سنة | من 3000 درهم إلى 3500 درهم | نصف يوم: (من 75 إلى 88 درهم) | |

وذلك وفق الجدول الزمني التالي لتوزيع الحصص (ضع علامة x في الخانة الملائمة) :

| رأي إدارة التعاون الوطني في مقترح المبلغ مع الشبكة المرجعية | المبلغ الشهري المقترح حسب الشهادة والتجربة ¹⁵ | التربية الخاصة | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------|--------|----------|------------------|---------|-------|--|
| | | السبت | الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | صباحا | |
| | درهم..... | | | | | | | زوالا | |
| | | توقيع رئيس (ة) الجمعية خاتم الجمعية | | | | توقيع المختص (ة) | | | |

¹⁵ بالنسبة للأطر التي تشتغل أقل من 10 أضعاف أيام في الأسبوع (أي لا تشتغل طيلة الأسبوع) ، يعتمد تقدير التعويضات الشهري كالتالي: مجموع عدد أضعاف الأيام في الأسبوع الواحد التي يشتغلها الإطار x كلفة نصف اليوم الواحد (انظر ملحق 1 للشبكة التقديرية للتعويضات)درهم x عدد الأسابيع في الشهر الواحد (لا يجب أن يتجاوز عدد أسابيع الشهر الواحد 4 أسابيع)

استعمال الزمن الخاص بالخدمات المقدمة
أطر الترويض والتأهيل الوظيفي
(لا يعبأ من قبل الجمعيات التي تجمعها عقود شغل مع الأطر المعنية)

| | |
|---|-------------------------------------|
| أنا الموقع أسفله، السيد (ة): | |
| الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: | |
| من 7000 درهم إلى 9000 درهم شهريا | حصة كاملة (10 أنصاف أيام) |
| من 3500 درهم إلى 4500 درهم شهريا | نصف حصة (يومان ونصف = 5 أنصاف أيام) |
| من 1800 درهم إلى 2300 درهم شهريا | ربع حصة (يوم ونصف = 3 أنصاف أيام) |
| من 175 درهم إلى 225 درهم | كل نصف يوم واحد |
| بصفتي مختص في: الترويض والتأهيل الوظيفي مع الإدلاء بشهادة أو دبلوم التخصص | |

وذلك وفق الجدول الزمني التالي لتوزيع الحصص (ضع علامة x في الخانة الملائمة):

| رأي إدارة التعاون الوطني في مقترح المبلغ مع الشبكة المرجعية | المبلغ الشهري المقترح بالدرهم ¹⁶ | هل يتم الاشتغال بهذه الوتيرة كل أسبوع (ضع علامة x في الخانة الملائمة) | عدد أنصاف الأيام في الأسبوع | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------|--------|--------|----------|----------|---------|--|-------|
| | | | | السبت | الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | | |
| | | نفس الحصص في كل أسابيع الشهر | (أن لا يتعدى 10 أنصاف أيام في الأسبوع الواحد) | | | | | | | | |
| | | أسبوع واحد في كل شهر | | | | | | | | | صباحا |
| | | أسبوعان 2 في كل شهر | | | | | | | | | زوايا |

¹⁶ بالنسبة للأطر التي تشتغل أقل من 10 أنصاف أيام في الأسبوع (أي لا تشتغل طيلة الأسبوع)، يعتمد تقدير التعويضات الشهرى كالتالى:

مجموع عدد أنصاف الأيام في الأسبوع الواحد التي يشتغلها الإطار x كلفة نصف اليوم الواحد (انظر ملحق 1 للشبكة التقديرية للتعويضات) درهم x عدد الأسابيع في الشهر الواحد (لا يجب أن يتجاوز عدد أسابيع الشهر الواحد 4 أسابيع)

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | 3 أسابيع في كل شهر | | | | | | | | | |
| | | | 4 أسابيع في الشهر | | | | | | | | | |
| | توقيع رئيس (ة) الجمعية خاتم الجمعية | | | | توقيع وخاتم المختص (ة) | | | | | | | |

استعمال الزمن الخاص بالخدمات المقدمة
أطر التخصص النفسي
(لا يعبأ من قبل الجمعيات التي تجمعها عقود شغل مع الأطر المعنية)

| | |
|---|--------------------------------------|
| أنا الموقع أسفله، السيد (ة): | |
| الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: | |
| من 8000 درهم إلى 10000 درهم | حصّة كاملة (10 أنصاف أيام) |
| من 4000 درهم إلى 5000 درهم | نصف حصّة (يومان ونصف = 5 أنصاف أيام) |
| من 2000 درهم إلى 2500 درهم | ربع حصّة (يوم ونصف = 3 أنصاف أيام) |
| من 200 درهم إلى 250 درهم | كل نصف يوم واحد |
| بصفتي مختص في الدعم النفسي مع الإدلاء بشهادة أو دبلوم التخصص (أخصائي نفسي أو طبيب نفسي) | |
| | |

وذلك وفق الجدول الزمني التالي لتوزيع الحصص (ضع علامة x في الخانة الملاءمة):

| رأي إدارة التعاون الوطني في مقترح المبلغ مع الشبكة المرجعية | المبلغ الشهري المقترح بالدرهم ¹⁷ | هل يتم العمل بهذه الوثيرة كل أسبوع (ضع علامة x في الخانة الملاءمة) | عدد أنصاف الأيام في الأسبوع | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------|--------|--------|----------|----------|---------|--|--------|
| | | | | السبت | الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | | |
| | | نفس الحصص في كل أسابيع الشهر | (أن لا يتعدى 10 أنصاف أيام في الأسبوع الواحد) | | | | | | | | صباحا |
| | | أسبوع واحد في كل شهر | | | | | | | | | زواالا |
| | | أسبوعان 2 في كل شهر | | | | | | | | | |

¹⁷ بالنسبة للأطر التي تشتغل أقل من 10 أنصاف أيام في الأسبوع (أي لا تشتغل طيلة الأسبوع)، يعتمد تقدير

التعويضات الشهري كالتالي:

مجموع عدد أنصاف الأيام في الأسبوع الواحد التي يشتغلها الإطار x كلفة نصف اليوم الواحد (انظر ملحق 1 للشبكة التقديرية للتعويضات) درهم x عدد الأسابيع في الشهر الواحد (لا يجب أن يتجاوز عدد أسابيع الشهر الواحد 4 أسابيع)

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | 3 أسابيع في كل شهر | | | | | | | | |
| | | | 4 أسابيع في الشهر | | | | | | | | |
| | توقيع رئيس (ة) الجمعية خاتم الجمعية | | | توقيع وخاتم المختص (ة) | | | | | | | |

طلب ترخيص (18)

أنا الموقع أسفله، السيد (ة):.....
 الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم:.....
 بصفتي مختص في:.....
 أشتغل حاليا في:.....
 أطلب الترخيص لتقديم حصص في المؤسسة التابعة لجمعية.....
 وذلك في مجال :

- التربية.....
- الترويض والتأهيل الوظيفي¹⁹.....
- الدعم النفسي²⁰.....

في إطار برنامج دعم "مدرس الأطفال في وضعية إعاقة" المدرج في صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي.

وذلك وفق الجدول الزمني التالي (وضع علامة x في الخانة المقترحة للترخيص):

| السبت | الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | |
|---|--------|--------|-------------------------------|----------|---------|-------|
| | | | | | | صباحا |
| | | | | | | زوالا |
| توقيع رئيس (ة) الجمعية وخاتم الجمعية | | | توقيع المعني (ة) بطلب الترخيص | | | |

خاص بالإدارة التي ينتمي إليها المعني (ة) بالترخيص

18 خاص بأطر الوظيفة العمومية أو المؤسسات العمومية

19 الإدلاء بشهادة أو دبلوم التخصص

20 الإدلاء بشهادة أو دبلوم تخصص علم النفس أو الطب النفسي

| | |
|---|---------------------------------|
| توقيع وخاتم مصلحة / قسم الموارد البشرية | الموافقة على طلب الترخيص (21) |
| توقيع وخاتم مصلحة / قسم الموارد البشرية | رفض طلب الترخيص |

نموذج رقم 18

الدرجعة الزمنية للاجتماعات

الجمعيات التي تشتغل وفق مبدأ السنة المالية:

| الأشهر | يناير | فبراير | مارس | أبريل | ماي | يونيو | يوليو | غشت | شتنبر | أكتوبر | نوفمبر | دجنبر |
|--|-------|--------|------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|--------|--------|-------|
| اجتماعات الفريق المتعدد التخصصات (*) | | | | | | | | | | | | |
| اجتماعات الأسر (*) | | | | | | | | | | | | |

الجمعيات التي تشتغل وفق مبدأ السنة الدراسية:

| الأشهر | شتنبر | أكتوبر | نوفمبر | دجنبر | يناير | فبراير | مارس | أبريل | ماي | يونيو | يوليو | غشت |
|--|-------|--------|--------|-------|-------|--------|------|-------|-----|-------|-------|-----|
| اجتماعات الفريق المتعدد التخصصات (*) | | | | | | | | | | | | |
| اجتماعات الأسر (*) | | | | | | | | | | | | |

(*) وضع علامة x بالخانة المقترحة باستثناء شهر غشت

