|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aanvraag van de subsidiëring van een samenwerkingsverband van erkende instellingen voor schuldbemiddeling | W&S-140821 |
|  | /////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////T |
|  | Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**Afdeling Welzijn en Samenleving**Koning Albert II-laan 35 bus 30, 1030 BRUSSEL**T** 02 553 33 30 samenwerkingsverbanden.schuldbemiddeling.dwvg@vlaanderen.be[*www.welzijnensamenleving.be/subsidies/samenwerkingsverbanden-instellingen-schuldbemiddeling*](http://www.welzijnensamenleving.be/subsidies/samenwerkingsverbanden-instellingen-schuldbemiddeling) | *In te vullen door de behandelende afdeling*ontvangstdatum |
|  |
|  | Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier kunt u de subsidie aanvragen voor een samenwerkingsverband van erkende instellingen voor schuldbemiddeling.*Hoe vult u dit formulier in?*Vul dit formulier elektronisch in. De antwoordruimte wordt automatisch groter naarmate u meer tekst intikt.**Formuleer uw antwoord beknopt, maar zorg ervoor dat u het voldoende concreet en duidelijk formuleert.* Aan wie bezorgt u dit formulier?*Mail het ingevulde formulier (met eventuele bijlagen) samen met het ingevulde begrotingsformulier uiterlijk op 31 oktober voorafgaand aan het jaar waarvoor u de subsidie aanvraagt naar* samenwerkingsverbanden.schuldbemiddeling.dwvg@vlaanderen.be *met als onderwerp de naam van uw organisatie en de vermelding “BIZ-subsidieaanvraag – jaartal waarvoor u de subsidie aanvraagt”.****Dien geen papieren versie in !****Alle noodzakelijke documenten kunt u raadplegen op* [*www.welzijnensamenleving.be/subsidies/samenwerkingsverbanden-instellingen-schuldbemiddeling*](http://www.welzijnensamenleving.be/subsidies/samenwerkingsverbanden-instellingen-schuldbemiddeling) |
|  |
|  | Gegevens van het samenwerkingsverband |
|  |
| ****1**** | **Vul de gegevens in van de budgethouder van het samenwerkingsverband.** |
|  | naam |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | ondernemingsnummer |      | . |     | . |     |  |
|  | IBAN |      |  |      |  |      |  |      |  |
|  | BIC |      |  |      |  |
|  |
| ****2**** | **Vul de gegevens in van het samenwerkingsverband en van de contactpersoon.** |
|  | naam samenwerkingsverband |       |
|  | contactpersoon |       |
|  | functie |       |
|  | telefoonnummer |       |
|  | e-mailadres |       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Inhoud van het jaarplan voor het volgende werkjaar |
|  |
| ****3**** | *In deze rubriek geeft u de inhoud van uw jaarplan voor het volgende werkjaar. Het jaarplan moet aansluiten bij uw beleidsplan dat door de minister werd goedgekeurd. Het jaarplan bestrijkt de periode van 1 januari tot en met 31 december van het volgende jaar. Beschrijf per opdracht concreet wat u wilt bereiken aan het einde van het volgende werkjaar om de schuldenlast in uw werkgebied te voorkomen en terug te dringen. Toon ook telkens aan in welke zin uw samenwerkingsverband bijdraagt tot de aanpak van de schuldenproblematiek, de organisatie van schuldhulpverlening en schuldbemiddeling in het bijzonder.**Er zijn twee opdrachten:** ***opdracht 1:*** *preventie-initiatieven en nazorg om (het hervallen in) schuldenlast te voorkomen*
* ***opdracht 2:*** *initiatieven ter ondersteuning van een toegankelijke, cliëntgerichte en integrale budget- en schuldhulp­verlening om personen en gezinnen in staat te stellen zelf verantwoordelijkheid te (leren) dragen voor hun duurzaam budgetmanagement.*
 |
|  |
|  | Opdracht 1: Preventie-initiatieven en nazorg in het volgende werkjaar |
|  |
| ****4**** | **Beschrijf in de onderstaande tabel de preventie-initiatieven die uw samenwerkingsverband neemt en de manier waarop u aan nazorg doet om (het hervallen in) schuldenlast te voorkomen.***In de rechterkolom, bij ‘indicatoren’, beschrijft u de indicatoren aan de hand waarvan geëvalueerd kan worden of de operationele doelstellingen bereikt zijn.* |
|  |
|  | operationele doelstellingen |  | acties met timing |  | indicatoren |
|  | OD1: |       |  |       |  |       |
|  | OD2: |       |  |       |  |       |
|  | OD3: |       |  |       |  |       |
|  | OD4: |       |  |       |  |       |
|  |
|  | Opdracht 2: Initiatieven ter ondersteuning van toegankelijke, cliëntgerichte en integrale budget- en schuldhulpverlening in het volgende werkjaar |
|  |
| ****5**** | **Beschrijf in de onderstaande tabel de initiatieven die uw samenwerkingsverband neemt ter ondersteuning van een toegankelijke, cliëntgerichte en integrale budget- en schuldhulpverlening zodat personen en gezinnen zelf verantwoordelijkheid (leren) dragen voor hun duurzaam budgetmanagement.***In de rechterkolom, bij ‘indicatoren’, beschrijft u de indicatoren aan de hand waarvan geëvalueerd kan worden of de operationele doelstellingen bereikt zijn.* |
|  |
|  | operationele doelstellingen |  | acties met timing |  | indicatoren |
|  | OD1: |       |  |       |  |       |
|  | OD2: |       |  |       |  |       |
|  | OD3: |       |  |       |  |       |
|  | OD4: |       |  |       |  |       |
|  |
|  | Beknopte toelichting bij opdracht 1 en 2 |
|  |
| 6 | **Geef hieronder eventueel een korte toelichting bij de twee opdrachten die u in deze rubriek hebt beschreven.** |
|  |       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Financiële gegevens van het initiatief |
|  |
| 7 | **Vul hieronder het bedrag in van de subsidie die u bij de Vlaamse overheid aanvraagt.***U vindt een weergave van de begroting in het formulier* Begroting van het samenwerkingsverband voor schuldhulp­verlening*, dat u bij dit formulier moet voegen. Het maximumbedrag voor uw werkgebied vindt u in de subsidietabel.**Vermeld het bedrag tot twee cijfers na de komma.* |
|  |      ,   | euro |
|  |
|  | Bij te voegen bewijsstukken |
|  |
| 8 | *Voeg de volgende bijlagen bij dit formulier:** *het ingevulde en ondertekende formulier* Begroting van het samenwerkingsverband voor schuldhulpverlening voor het volgende werkjaar
* *alle relevante informatie en documentatie over uw initiatief of over de organisatie, voor zover u die nuttig acht.*
 |
|  |
|  | Ondertekening door de voorzitter van het samenwerkingsverband |
|  |
| 9 | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | **Ik verklaar dat alle gegevens in dit aanvraagformulier correct en volledig zijn ingevuld.****Ik bevestig dat ik de afdeling Welzijn en Samenleving van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin op de hoogte zal brengen van elke wijziging die betrekking heeft op de activiteiten die in deze aanvraag werden beschreven.** |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |