MODULO DI RICHIESTA INTRODUTTIVO

ORGANIZZAZIONI PARTNER DELL’AZIONE SOCIALE IN SVIZZERA

1. Informazioni sull’organizzazione

|  |  |
| --- | --- |
| Nome dell’organizzazione |  |
| Cantone |  |
| Sito web |  |
| Dati persona di contatto |  |

Vogliate per cortesia attestare l’adempimento dei seguenti requisiti da parte della vostra organizzazione:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr. | REQUISITI | SÌ | NO |
| 1 | L’organizzazione ha sede e svolge le sue attività in Svizzera. |  |  |
| 2 | L’organizzazione è di diritto privato. |  |  |
| 3 | L’organizzazione non ha scopo di lucro. |  |  |
| 4 | L’organizzazione ha un attestato di pubblica utilità (in caso contrario, dopo approvazione, questo dovrà essere richiesto per la seconda fase)  **Allegare l’attestato.** |  |  |
| 5 | L'organizzazione garantisce il seguito del programma e l’impiego ottimale dei fondi. |  |  |
| 6 | L'organizzazione rispetta le norme contabili in vigore e sottostà a una verifica annuale dei conti. |  |  |
| 7 | L’organizzazione persegue un obiettivo sociale a favore dei beneficiari senza discriminazione di razza, religione, appartenenza politica, ecc. I programmi non vengono utilizzati in nessun caso a fini di propaganda religiosa, politica o scopi diversi dall’aiuto (non discriminazione, imparzialità, neutralità, indipendenza). |  |  |

1. INFORMAZIONI GENERALE SUL PROGRAMMA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome del programma |  | | | |
| Il programma è già stato sostenuto in precedenza dalla Catena della Solidarietà? Se sì: numero progetto |  | | | |
| Da quando esiste questo programma? (Mese e anno d’inizio) |  | | | |
| Si tratta di un programma una tantum? (Se esistono programmi paragonabili nella regione: nome dell’organizzazione responsabile e luogo) | SÌ | | NO  Nome dell’organizzazione:  Luogo: | |
| Durata di finanziamento: 4 anni (Data d’inizio e di fine. Data di inizio 01.01.25 al più presto, data di fine 31.12.29 al più tardi) |  | | | |
| Breve descrizione del profilo e del numero di beneficiari |  | | | |
| Breve descrizione del programma nonché obiettivi e attività principali |  | | | |
| Situazione iniziale |  | | | |
| Obiettivi principali |  | | | |
| Attività |  | | | |
| Contributo richiesto  (per il primo anno di sostegno) |  | | | |
| A cosa serve il finanziamento richiesto? (Descrizione nella seconda colonna: ad esempio per il salario di una collaboratrice assunta come terapeuta per il programma al 50% per un anno.) | * Costi del personale | | |  |
| * Costi materiali | | |  |
| * Costi amministrativi e strutturali | | |  |
| * Misure di comunicazione\* | | |  |
| * Supporto per la raccolta fondi \* | | |  |
| * Processo di sviluppo organizzativo\* | | |  |
|  | | |  |
| Sono stati richiesti finanziamenti pubblici per un sostegno a lungo termine del programma? | SÌ | NO | | |
| Descrivete per favore lo stato attuale delle trattative. |  | | | |

\*questi costi non devono essere messi a bilancio

|  |
| --- |
| Firma della persona responsabile:  Data, luogo: |

DOCUMENTI DA ALLEGARE

* Riconoscimento della pubblica utilità /Attestato di pubblica utilità (spesso sotto forma di esenzione fiscale)
* Statuti