Lomakkeen voi täyttää koneella ja tulostaa allekirjoitettavaksi. Hakulomake liitteineen toimitetaan Keliakialiittoon mieluiten skannattuna sähköpostitse marjo.aspegren@keliakialiitto.fi tai postitse os. Keliakialiitto, jäsenjärjestöavustukset, Hammareninkatu 7, 33100 Tampere

**Jäsenjärjestöavustuksen hakulomake 2023**

Keliakiayhdistys:

Hallituksen kokouksen pvm:

Yhdistyksen tilinro (IBAN):

**Yhteyshenkilö** jolle ilmoitetaan avustuspäätöksestä ja joka vastaa mahdollisiin kysymyksiin

Etu- ja sukunimi:

Puhelin:

Sähköposti:

**Yhdistyksen nimenkirjoittajat,** jotka allekirjoittavat sähköisesti avustuksen siirtosopimuksen

Etu- ja sukunimi: Etu- ja sukunimi:

Sähköposti: Sähköposti:

Puhelin: Puhelin:

**Toiminto, johon avustusta haetaan**

Toiminnon nimi. Nimi josta käy ilmi, mitä avustuksella on tarkoitus tehdä:

Toiminnon toteutusajankohta ja -paikka:

Haettava summa, euroa (500-2500):

**Avustuksen käyttökohde tai -kohteet (rasti vähintään yhteen, enintään kahteen kohtaan)**

 1. Yhdistyksen tunnettuuden lisääminen ja/tai jäsenyyden markkinointi

 2. Luentotilaisuuden, luentosarjan tai kurssin järjestämiseen

 3. Vapaaehtoisten osaamisen kehittämiseen (ei Keliakialiiton koulutuksiin osallistumiseen)

 4. Toiminnan järjestämiseen lapsille tai lapsiperheille

 5. Toiminnan järjestämiseen kohderyhmille, joiden tavoittaminen on erityisen haastavaa \*

6. Yhdistykselle uuden toiminnan käynnistämiseen (etusijalla pidempään jatkuva toiminta) \*

\* Mikäli valitsit kohdan 5 tai 6, vastaa myös seuraavaan kysymykseen.

Mikäli valitsit edellä kohdan 5 tai 6, perustele tässä, miksi kyseisen kohderyhmän tavoittaminen on erityisen haastavaa (kohta 5) tai että toiminta on yhdistyksellenne uusi (kohta 6):

**Toiminnon konkreettinen päätavoite/tavoitteet** (vähintään yksi, enintään kaksi)

**Toiminnon kuvaus** (tiivis kuvaus siitä, mitä toiminnossa tehdään ja miten. Mikäli toiminnolla on kouluttaja tmv. vetäjä tai useampia, mainitse kuka/keitä nämä ovat, mikäli ovat jo tiedossa)

**Osallistujat.** Arvioitu osallistujamäärä, mikäli kyseessä on tapahtuma tmv, jossa on osallistujia

**Perustelut toiminnolle** (miten toiminto edistää tai tukee gluteenittomuutta ja/tai keliakiaa sairastavien elämää, miksi se on tärkeä toteuttaa, millaisia vaikutuksia odotatte siltä)?

**Markkinointisuunnitelma**. Mikäli toiminto edellyttää markkinointia, miten ja missä markkinoitte sitä?

**Riskinarviointi**. Millaisia riskejä hankkeeseen liittyy? Miten minimoitte riskien toteutumista?

**Kustannusarvio**. Erittele toiminnon tuotot ja kulut tähän tai esitä kustannusarvio erillisenä liitteenä

Liitteet

 Vuoden 2022 tilinpäätös ja tilintarkastuskertomus liitteenä

 Vuoden 2022 tilinpäätös ja tilintarkastuskertomus toimitettu/toimitetaan erikseen

 Muut mahdolliset liitteet, kpl

Paikka ja päiväys sekä yhdistyksen nimenkirjoittajien allekirjoitukset nimenselvennyksineen: