|  |  |
| --- | --- |
| logo_fr_300.jpgA | **Service de la prévoyance sociale** SPS  **Sozialvorsorgeamt** SVA  Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg  T +41 26 305 29 68  www.fr.ch/sps |

**Inklusive Projekte**

**Politik für Menschen mit Behinderungen:   
Formular für Unterstützungsgesuch für Projekte im Bereich des Vereins- und Gemeinschaftslebens und/oder für Kommunikationsmittel, die den spezifischen Bedürfnissen und Kompetenzen von Menschen mit Behinderungen angepasst sind**

|  |
| --- |
| Liste der verantwortlichen Personen oder Organisationen des Projektes für das laufende Jahr (mit Kontaktadressen): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Name des Projekts und Beschreibung der Projektziele: |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Zielpublikum und Anzahl der betroffenen Personen: |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Ablauf des Projekts (Etappen, Zeitplan): |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Partnerinnen/Partner des Projekts: |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Finanzierungsplan, Beiträge von anderen Partnerinnen/Partnern, sowie die Höhe der beantragten Unterstützung (bitte das Projektbudget und die Bankverbindung im Anhang beifügen): |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Bitte senden Sie dieses Formular mit den Beilagen per Mail und per Postversand bis zum 28. Februar 2025 an die folgende Adresse:  Sozialvorsorgeamt des Kantons Freiburg  z. Hd. Frau Adrienne Berger  Route des Cliniques 17, 1701 Freiburg  und per E-Mail an [sps@fr.ch](mailto:sps@fr.ch)  Auskunft: 026 305 81 16  Im Anhang beizufügen: Projektbudget, Bankdaten der Projektorganisation |