|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verantwoording van de subsidie in het voorafgaande kalenderjaar van een samen-werkingsverband van erkende instellingen voor schuldbemiddeling | W&S-150317 |
|  | /////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////T |
|  | Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**Afdeling Welzijn en Samenleving**Koning Albert II-laan 35 bus 30, 1030 BRUSSEL**T** 02 553 33 30 – **F** 02 553 33 60welzijnensamenleving@wvg.vlaanderen.be[www.welzijnensamenleving.be/schuldbemiddeling](http://www.welzijnensamenleving.be/schuldbemiddeling) | *In te vullen door de behandelende afdeling*ontvangstdatum |
|  |
|  | Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier kunt u de verantwoording opmaken van de aanwending van de subsidie van het voorafgaande kalenderjaar van 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?*Stuur dit formulier samen met de bijbehorende bewijsstukken voor 1 mei ingevuld en ondertekend naar:**Departement Welzijn, Volksgezondheid en GezinAfdeling Welzijn en SamenlevingKoning Albert II-laan 35 bus 301030 BRUSSEL**De postdatum geldt als bewijs. U hoeft dit formulier niet aangetekend te versturen. Mail dit formulier (Worddocument) ook naar* *welzijnensamenleving@wvg.vlaanderen.be**. De digitale versie hoeft niet ondertekend te worden.**Alle noodzakelijke documenten kunt u raadplegen op* [*www.welzijnensamenleving.be/schuldbemiddeling*](http://www.welzijnensamenleving.be/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 |       |
|  |
|  | Inhoudelijke verantwoording van uw werking in het voorafgaande kalenderjaar |
|  |
| 3 | *In deze rubriek geeft u een inhoudelijke evaluatie van de werking van uw samenwerkingsverband met behulp van de indicatoren uit uw jaarplan van vorig jaar. De evaluatie bestrijkt de periode van 1 januari tot en met 31 december van het voorafgaande werkjaar. Beschrijf per opdracht concreet wat u al gerealiseerd hebt om de schuldenlast in uw werk-gebied te voorkomen en terug te dringen. Toon ook telkens aan in welke zin uw samenwerkingsverband bijgedragen heeft 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 duurzame budgetmanagement.*
 |
|  |
|  | Opdracht 1: preventie-initiatieven en nazorg |
|  |
| ****4**** | **Evalueer in de onderstaande tabel de preventie-initiatieven die uw samenwerkingsverband heeft genomen en de manier waarop u aan nazorg hebt gedaan om (het hervallen in) schuldenlast te voorkomen.***Bij ‘status’ vult u een van de volgende antwoordmogelijkheden in: ‘gestart’, ‘lopend’, ‘afgerond’ of ‘gestopt’.* |
|  |
|  | operationele doelstellingen |  | acties met timing |  | status |  | toelichting |
|  | OD1: |       |  |       |  |       |  |       |
|  | OD2: |       |  |       |  |       |  |       |
|  | OD3: |       |  |       |  |       |  |       |
|  | OD4: |       |  |       |  |       |  |       |
|  |
|  | Opdracht 2: initiatieven ter ondersteuning van toegankelijke, cliëntgerichte en integrale budget- en schuldhulpverlening |
|  |
| ****5**** | **Evalueer in de onderstaande tabel de initiatieven die uw samenwerkingsverband heeft genomen ter ondersteuning van een toegankelijke, cliëntgerichte en integrale budget- en schuldhulpverlening zodat personen en gezinnen zelf verantwoordelijkheid (leren) dragen voor hun duurzame budgetmanagement.***Bij ‘status’ vult u een van de volgende antwoordmogelijkheden in: ‘gestart’, ‘lopend’, ‘afgerond’ of ‘gestopt’.* |
|  |
|  | operationele doelstellingen |  | acties met timing |  | status |  | toelichting |
|  | OD1: |       |  |       |  |       |  |       |
|  | OD2: |       |  |       |  |       |  |       |
|  | OD3: |       |  |       |  |       |  |       |
|  | OD4: |       |  |       |  |       |  |       |
|  |
| 6 | Geef hieronder eventueel een korte toelichting bij de twee opdrachten die u in deze rubriek hebt beschreven. |
|  |       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Verantwoording van de samenstelling van uw samenwerkingsverband in het voorafgaande jaar** |
|  |
| **7** | *Volgens artikel 11quater van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 januari 2014 betreffende schuldbemiddeling kan een samenwerkingsverband gesubsidieerd worden als de volgende actoren deel uitmaken van het samenwerkingsver-band: alle OCMW’s uit het werkgebied van het samenwerkingsverband, het erkende centrum algemeen welzijnswerk (CAW) uit het werkgebied van het samenwerkingsverband en alle erkende verenigingen waar armen het woord nemen die actief zijn in het werkgebied van het samenwerkingsverband en die werken aan het terugdringen of voorkomen van schuldenlast.* |
|  |
| **8** | **Hebben alle OCMW’s uit het werkgebied vorig jaar meegewerkt in het samenwerkingsverband?** |
|  | [ ]  | ja |
|  | [ ]  | nee. Welke OCMW's hebben niet meegewerkt? |
|  |       |
|  | Welke initiatieven zijn genomen om die OCMW's te betrekken bij de werking van het samenwerkingsverband?*Geef ook aan wat het resultaat daarvan is.* |
|  |       |
|  |
| **9** | **Hebben alle verenigingen waar armen het woord nemen uit het werkgebied meegewerkt in het samenwerkingsverband?** |
|  | [ ]  | ja |
|  | [ ]  | nee. Welke verenigingen waar armen het woord nemen hebben niet meegewerkt? |
|  |       |
|  | Welke initiatieven zijn genomen om die verenigingen waar armen het woord nemen te betrekken bij de werking van het samenwerkingsverband?*Geef ook aan wat het resultaat daarvan is.* |
|  |       |
|  |
|  | Ondertekening door de voorzitter van het samenwerkingsverband |
|  |
| 10 | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier correct en volledig zijn ingevuld. |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |