**Assessment Form - New Partner Organization**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date of assessment:** |  | تاريخ تعبئة التقييم: |
| **Assessment Completed by:**  |  | تم تعبئة التقييم من قبل: |
| *Disclaimer: Filling this form does not imply that the Grantee will automatically be approved as an ANERA partner. This form is used for Anera’s assessment and decision making process.* |
| *تنويه : ملء هذا النموذج لا يعني الموافقة التلقائية على المؤسسة كشريك لانيرا. يستخدم هذا النموذج للتقييم وعملية صنع القرارفي أنيرا*  |
| **Organization’s Name :** |  | اسم المؤسسة:  |
| **Address:** |  | العنوان: |
| **Telephone Number :** |  | رقم الهاتف: |
| **Contact Person:**  |  | اسم الشخص المعني:  |
| **Position:** |  | الوظيفة: |
| **Mobile Number:** |  | رقم الموبايل: |
| **Email:** |  | البريد الالكتروني: |
| **Authorized Signatory:** |  | الشخص المفوض للتوقيع:  |
|  |
| 1. **Registration**
 |  | 1. **تسجيل المؤسسة**
 |
| **1.1 Acknowledgment Decree #:**  |  | 1.1 رقم علم و خبر: |
| **1.2 Date of Registration:** |  | 1.2 تاريخ تسجيل علم و خبر: |
| **1.3 MOF Registration #:** |  | 1.3 الرقم المالي وزارة المالية: |
| **1.4 VAT Registration #:**  |  | 1.4 رقم التسجيل في الضريبة على القيمة المضافة : |
| **1.5 NSSF Registration #:** |  | 1.5 رقم التسجيل في الضمان الاجتماعي: |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Board of Directors Names and Positions | 1. اسماء الهيئة الادارية:
 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Organization’s Mandate:**
 | 1. اهداف و مهام الجمعية:
 |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Geographical Area of coverage :**
 | 1. **التغطية الجغرافية :**
 |
| [ ] Beirut-بيروت[ ] Mt. Lebanon – جبل لبنان[ ] South Lebanon – جنوب لبنان[ ] Nabatieh-النبطية | [ ] Bekaa-البقاع[ ] Baalbek – Hermel – بعلبك - الهرمل  | [ ] North Lebanon –شمال لبنان [ ] Akkar-عكار |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Beneficiaries:** | 1. **المستفيدين:**
 |
| **5.1 Targeted Beneficiaries:**  |  | 5.1 الفئة المستهدفة:  |
| **5.2 Average yearly beneficiaries** |  | 5.2 معدل عدد المستفيدين سنوياً |

 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Human Resources:**
 |   |  **الموارد البشرية** **.6**  |
| **6.1 Number of Full-time Staff :** |  | عدد الموظفيين بدوام كامل: 6.1  |
| **6.2 Number of Part Time Staff:** |  |  عدد الموظفيين بدوام جزئي: 6.2 |
| **6.3 Does the organization have a financial officer/accountant?** |  |  6.3 هل لدى المؤسسة محاسب؟  |
| **6.4 Number of Volunteers:** |  | عدد المتطوعيين: 6.4 |
|  |  |  |
| 1. **Does the organization publish/prepare an annual report on its activities? Provide copies of last 2 reports if available.**
 | **7.** هل تنشر/تعد الجمعية تقرير سنوي ؟ (الرجاء تقديم صورة عن اخر تقريرين سنويين) |
|  |
|  |
| 1. **Does the organization have a clear position on not exposing beneficiaries, including children, to any form of discrimination, abuse and exploitation?**
 | **8.**هل لدى الجمعية موقف واضح عن عدم تعريض المستفيدين، من ضمنهم الاولاد، الي اي نوع من التمييز العنصري ، الاساءة ، او الاستغلال؟  |
|  |
|  |
| 1. **Affiliation with national / International government bodies? Please name and explain type of affiliation.**
 | **9.**هل تنتمي الجمعية الى اي من الهيئات الحكومية الوطنية و/أو الدولية؟ الرجاء تسميتهم و شرح نوع الانتماء؟ |
|  |
|  |
| 1. **Does the organization have written manuals of policies and procedures, specifically on:**
 | **10.**هل لدى الجمعية كتيبات اجرائات عن: |
| [ ] Accounting- محاسبة [ ] Procurement- مشتريات[ ] Administration- ادارة[ ] Human Resources- الموارد البشرية |
|  |
| 1. **Does the organization have annual budget plan?**
 | **11.**هل لدى الجمعية ميزانية سنوية؟ |
|  |
| 1. **Are payment vouchers numbered and in sequence? Are payments supported by documentation?**
 | **12.**هل قسائم الدفع مرقمة و متسلسلة ؟ هل يتم توثيق المدفوعات؟  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1. **Petty Cash:**
 |  |  **المصروفات النثرية:.13** |
| **13.1-What is the monthly petty cash limit?** |  | 13.1-ما هو حد المصروفات النثرية الشهرية؟ |
| **13.2-Who is the custodian of the petty cash?** |  | 13.2-من هوالشخص المسؤول عن صندوق النثريات؟ |
|  |  |  |
| 1. **Does the organization have an electronic accounting software? If yes, what is its name? Who does the data entry?**
 | **14**.هل لدى الجمعية برنامج محاسبة الكتروني؟ اسم البرنامج ؟من يدخل البيانات ؟  |
|  |
|  |
| **15. Are the organization’s accounts audited on annual basis? Is the organization open to external audits? If yes, please provide latest audit report. If no, please justify why?** | **15.** هل يتم تدقيق الحسابات الجمعية سنويا؟ (الرجاء تزويدنا باخر تقرير اذا وجد) ان لم يوجد، الرجاء شرح السبب  |
|  |
|  |
| 1. **What are the sources of core funds or income of the organization?**
 | **16.** ما هي مصادر التمويل الأساسية للمؤسسة؟  |
|  |
|  |
| 1. **What is the estimated total budget per year?**
 | **17.**ما هي الميزانية السنوية للجمعية؟ |
|  |
|  |
| 1. **Bank Account**

**Does the organization have a bank account? If yes, please fill the below form:** |  | **الحساب المصرفي.18**هل لدى الجمعية حساب مصرفي؟ اذا وجد، الرجاء تعبئة النموذج المرفق أدناه: |

**Beneficiary Bank Information**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bank Name** |  | إسم البنك |
| **Account Name** |  | إسم الحساب |
| **Account Number** |  | رقم الحساب |
| **IBAN Number** |  |  |
| **SWIFT Code** |  |  |
| **Account Holders Name** | 1.2.3. | اسماء الأشخاص المخولين بالتوقيع على الحساب |

**Checklist of Documents needed from the organization:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Document** | **Availability** |
|  | Acknowledgement Decree علم وخبر |  |
|  | List of Board members for the fiscal year لائحة بـأعضاء الهيئة الإدارية المنتخبين الحاليين  |  |
|  | Annual Registration Renewal شهادة التسجيل السنوية  |  |
|  | Registration at Ministry of Finance شهادة التسجيل في وزارة المالية  |  |
|  | Registration at VAT شهادة التسجيل في الضريبة على القيمة المضافة أو شهادة الإعفاء  |  |
|  | Registration at NSSF شهادة التسجيل في الضمان الإجتماعي |  |
|  | Bank Information using the above template المعلومات البنكية باستخدام النموذج اعلاه |  |
|  | Last Annual Audited Report التقرير المالي المدقق لأخر سنة مالية |  |
|  | Copy of authorization to organizations signatory نسخة عن تفويض الشخص المخول بالتوقيع عن الجمعية |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Attestation تصريح**

|  |  |
| --- | --- |
| I, (………………………………………………….), authorized representative of (……………………………………………..), certify that my answers are true and complete to the best of my knowledge. If any of this information is false or misleading, ANERA reserves the right to terminate or take actions in the way they see fit. | أنا (....................................................)، الممثل المفوض من (.............................................................)أقر أن إجاباتي صحيحة وكاملة على حد علمي. لأنيرا الحق إذا كان أي من هذه المعلومات غير صحيحة أو مضللة، إنهاء أو اتخاذ الاجراءات المناسبة.  |

Organization Representative: ممثل المؤسسة (………………………………………………………………..)(Name & Signature )(الاسم و التوقيع ) (………………………………………………………………..)Date: التاريخ  |