



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Αττικής



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ-ΦΙΛΩΝ Α.ΜΕ.Α ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

Ταχ. Δ/ση: Λεωφ.Φανερωμένης 33
Ταχ. Κώδικας :18902 Σαλαμίνα
Πληροφορίες: Ιωάννης Σπηλιόπουλος
Τηλέφωνο : 210 4640 728
Fax : 210 4640 728
Email : amesasalaminas1992@gmail.com

Σαλαμίνα, 23 Νοεμβρίου 2020

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

**Μίας (1) θέσης ωφελούμενου στο ΜΙΚΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΓΙΑ ΑΜΕΑ «ΑΓ.ΣΥΜΕΩΝ» ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ**

Ο Σύλλογος Γονέων-Φίλων ΑμεΑ Σαλαμίνας, στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020, Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας 09 «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας – ΕΚΤ», λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ – ΦΙΛΩΝ ΑΜΕΑ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ ΜΙΚΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑΜΕΑ «ΑΓ.ΣΥΜΕΩΝ» με Κωδικό ΟΠΣ 5002528 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020»,

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με νοητική υστέρηση (στο εξής καλούμενοι «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση πλήρωσης μίας (1) θέσης ωφελούμενου, συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας στο Μικτό Κέντρο Διημέρευσης για ΑμεΑ

«ΑΓ.ΣΥΜΕΩΝ», του Συλλόγου Γονέων-Φίλων ΑμεΑ Σαλαμίνας, που λειτουργεί, επί της οδού Τέρμα Ταξιαρχών & Αγ. Μαρκέλλας στη Σαλαμίνα.

A. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παροχή υπηρεσιών διημέρευσης - ημερήσιας φροντίδας σε **είκοσι (20)** ωφελούμενους (μεταξύ αυτών και η θέση που προκηρύσσεται) η οποία θα περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, τα κατωτέρω:

- Τη μεταφορά τους προς και από το Κέντρο με λεωφορεία του φορέα.
- Τη διαμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα).
- Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής που έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ΑμεΑ βάσει του εξατομικευμένου προγράμματος του κάθε ωφελούμενου.
- Την παροχή ατομικής ή/και ομαδικής άσκησης.
- Την εκπαίδευση τους στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.
- Τη δημιουργική απασχόλησή τους και δραστηριότητες κοινωνικοποίησής τους.
- Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης.

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται σε εργάσιμες ημέρες (Δευτέρα έως Παρασκευή) για 8 ώρες ημερησίως (ωράριο λειτουργίας Κέντρου 07:00-15:00) για κάθε ωφελούμενο περιλαμβανομένου του χρόνου της μεταφοράς από και προς το Κέντρο. Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους ορίζεται σε 6 έτη (έξι)¹ από 01/06/2017 έως 31/05/2023.

B. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση (επισυνάπτεται). Η αίτηση υποβάλλεται από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του (δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ή ασκούντα την επιμέλειά του). Ειδικότερα, για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τους, την αίτηση δύναται να την υποβάλει ο νόμιμος εκπρόσωπος του αρμοδίου φορέα, συνοδευόμενη από σχετική απόφαση υποβολής αίτησης του αρμοδίου οργάνου του ιδρύματος.
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης. Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.
3. Αντίγραφο ή εκτύπωση ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος, εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2019, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.
5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
6. Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εφόσον το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η.

¹ Το μήνα Αύγουστο δεν παρέχονται υπηρεσίες του ΚΔΗΦ ΑμεΑ λόγω θερινής περιόδου

7. Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ εφόσον το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ.

8. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας

9. Βεβαίωση ΑΜΚΑ.

10. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου (επισυνάπτεται), που να αναφέρει ότι:

- δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και
- δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.

11. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:

- Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος/θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ, κ.α. που να πιστοποιεί τη διαβίωση του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για την συμμετοχή του στην πράξη, θα προσκομίσει στο δικαιούχο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος.
- Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.

Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 3, 5 και 8, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

- Τύπος πλαισίου διαμονής (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο)
- Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου
- Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα (στο εισόδημα δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα)
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εργασιακή κατάσταση του γονέα/νόμιμου κηδεμόνα

Ι) Αναλυτικά τα κριτήρια επιλογής των ωφελούμενων ατόμων και η μοριοδότηση τους είναι η κατωτέρω:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, θεραπευτήρια / ΚΚΠΠ, κ.α.	40

	Οικογενειακού τύπου στεγαστικές δομές (ατομική/οικογενειακή κατοικία, ΣΥΔ).	10
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	30
	Ασφαλισμένος/η	10
3. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20
	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας	10
4. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8
5. Εργασιακή κατάσταση του γονέα /νόμιμου κηδεμόνα	Άνεργος/η	10
	Εργαζόμενος/η	5

* Προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2019 ορίζεται σε 4.917 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά προσαυξανόμενα κατά το 0,5 για τον σύζυγο και για κάθε παιδί από 14 έως και 24 ετών και κατά 0,3 για κάθε παιδί κάτω των 13 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και της εισφοράς και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

II) Ειδικότερα, η διαδικασία επιλογής θα ακολουθήσει τα παρακάτω βήματα/στάδια:

- 1) Εξέταση/έλεγχος των αιτήσεων του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων/θέσεων στην πράξη, σύμφωνα με τον αριθμό των αιτήσεων και την πληρότητα των δικαιολογητικών. Στο στάδιο αυτό, εκπονείται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται από την Επιτροπή ως πλήρεις (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές από την Επιτροπή.
- 2) Επιλογή των συμμετεχόντων στην πράξη. Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή καταρτίζει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελούμενων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα επιλεγούν βάσει των κριτηρίων επιλογής.

- 3) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων με ανάρτηση του σχετικού προσωρινού πίνακα αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα (www.ameasalaminas1992.gr) στις 1/12/2020.

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την 4/12/2020 και ώρα 12:00 μ.μ.

Στη συνέχεια, και μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων στις 7/12/2020 στην ιστοσελίδα του φορέα.

Δ. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν ιδιοχειρώς ή ταχυδρομικώς ή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς στα γραφεία του Συλλόγου Γονέων-Φίλων ΑμεΑ Σαλαμίνας, που λειτουργεί, επί της οδού Λεωφ. Φανερωμένης 33 στη Σαλαμίνα, μέχρι τις 30/11/2020, ημέρα Δευτέρα και ώρα 14:00.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν με οποιοδήποτε τρόπο μετά την παραπάνω ημερομηνία και ώρα θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες, δεν θα αξιολογούνται και θα επιστρέφονται.

Προσοχή: Η έγκαιρη υποβολή θα αποδεικνύεται μόνο από τον αριθμό πρωτοκόλλου. Η ημερομηνία σφραγίδας του ταχυδρομείου δεν λαμβάνεται υπόψη.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από τον Σύλλογο Γονέων-Φίλων ΑμεΑ Σαλαμίνας που λειτουργεί, επί της οδού Λεωφ. Φανερωμένης 33 στη Σαλαμίνα, στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφέρειας Αττικής, στις κοινωνικές υπηρεσίες της Περιφέρειας Αττικής, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας Αττικής και τα παραρτήματά του, σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, στη Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ και αναρτάται στην ιστοσελίδα του φορέα (www.ameasalaminas1992.gr) και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα Σωτηρία Ανδρουλάκη στα τηλ.: 210 4640 728, fax: 210 4640 728, e-mail: ameasalaminas1992@gmail.com, από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 07:00-13:00.

Η ΠΡΑΞΗ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)

**Η νόμιμη εκπρόσωπος
ΚΑΛΙΟΤΣΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

Συνημμένα Πρόσκλησης:

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Υπ. δηλώσεις του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986