

«ΣΥΖΩΗ» Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων & Φίλων
Ατόμων με Διαταραχές Όρασης & Πρόσθετες Αναπηρίες
Ροδοπόλεως 5, 55132, Καλαμαριά
Τηλέφωνο: 2310460777
Email: syzoiorg@gmail.com
Πληροφορίες: Χαρίση Ελένη

Θεσσαλονίκη 22 / 10 / 2020
Αρ. Πρωτ. 297

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η «ΣΥΖΩΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΑΣΗΣ & ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ, στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020, Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κεντρική Μακεδονία 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας ΑΞ09Β «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας – ΕΚΤ», λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης «ΚΔΗΦ – Συζωή» με κωδικό ΟΠΣ 5001732,

προσκαλεί:

άτομα με διαταραχές όρασης σε συνδυασμό με πρόσθετες αναπηρίες (στο εξής θα καλούνται «ωφελοούμενοι») να υποβάλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας στο Κέντρο Διημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας «ΣΥΖΩΗ» που λειτουργεί στην Καλαμαριά, Ροδοπόλεως 5 (τέρμα οδού Πόντου).

Α) ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Η παροχή υπηρεσιών Διημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας αφορά μέχρι έξι (6) ωφελοούμενους και θα περιλαμβάνει τα εξής:

- Δεξιότητες καθημερινής ζωής
- Προγράμματα αυτοεξυπηρέτησης
- Κινητικότητα – προσανατολισμός
- Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας
- Δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία
- Πρόγραμμα οπτικής εκπαίδευσης για άτομα με υπολειπόμενη όραση
- Προγράμματα διαχείρισης ελεύθερου χρόνου
- Άσκηση και ειδική φυσική αγωγή (σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο)
- Θεραπείες (εργοθεραπεία, φυσικοθεραπεία)
- Ατομική & ομαδική ψυχοθεραπεία
- Εκπαιδευτική κουζίνα, διατροφή (πρόχειρα γεύματα)
- Δράσεις κοινωνικοποίησης
- Εκπαιδευτικές εξορμήσεις – εκδρομές
- Μεταφορά των εκπαιδευομένων από τα σπίτια τους προς το Κέντρο και αντίστροφα
- Κατασκηνωτικό πρόγραμμα ειδικά διαμορφωμένο για τους εκπαιδευομένους του Κέντρου

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται δωρεάν για κάθε ωφελοούμενο σε εργάσιμες ημέρες (Δευτέρα έως Παρασκευή) για οκτώ (8) ώρες ημερησίως (ωράριο λειτουργίας Κέντρου 07:00-16:00) περιλαμβανομένου του χρόνου της μεταφοράς από και προς το Κέντρο. Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελοούμενους ορίζεται σε είκοσι τέσσερις (24) μήνες από 01/11/2020 έως 30/10/2022.

Β) ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

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 προαναφερομένων (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 2015, 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. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.
 7. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.
 8. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).
 9. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986, με θεώρηση γνησίου υπογραφής του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:
 - α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και
 - β) 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.
 - γ) τα προσκομισθέντα δικαιολογητικά είναι γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων.
 10. 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

Η επιλογή των ωφελουμένων θα γίνει βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (ιδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο).
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου.
3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα (στο εισόδημα δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα).
4. Οικογενειακή κατάσταση.
5. Εργασιακή κατάσταση του γονέα/νόμιμου κηδεμόνα.

Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

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 2014 ορίζεται σε 4.608 € 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 κα 'τω 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. Σε περίπτωση που κατά την ημερομηνία έκδοσης της πρόσκλησης από τη Δ.Α. έχουν δημοσιευτεί από την ΕΛΣΤΑΤ νέα επικαιροποιημένα στοιχεία, το κριτήριο προσδιορίζεται ανάλογα.

Δ) ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

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, συντάσσεται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται πλήρεις από την Επιτροπή (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 ωφελουμένων 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.syzoi.gr) στις **29/10/2016**.

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την **1/11/2020** και ώρα 12:00. Στη συνέχεια, και μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελουμένων και επιλαχόντων στις **1/11/2020** στην ιστοσελίδα του φορέα (www.syzoi.gr).

Ε) ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν ιδιοχείρως ή ταχυδρομικώς ή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς στα γραφεία της «ΣΥΖΩΗΣ» Ροδοπόλεως 5, 55132, Καλαμαριά, μέχρι τις **29/10/2020**, ημέρα Πέμπτη 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.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση

ΣΤ) ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα πρόσκληση διατίθεται από τη «ΣΥΖΩΗ» στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, στις κοινωνικές υπηρεσίες της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και τα παραρτήματά του, σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών Πρόνοιας, στη Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ και αναρτάται στην ιστοσελίδα του φορέα (www.syzoi.gr) και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α (www.esaea.gr/) και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.με.Α. (www.posgamea.gr/) Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κα Χαρίση Ελένη, τηλ: 2310 460777, fax: 2310 460797, e-mail: syzoiorg@gmail.com, από Δευτέρα έως Παρασκευή, από 10:00 έως 15:00.

Ο νόμιμος εκπρόσωπος

Νικόλαος Καζαντζίδης

Συνημμένα Πρόσκλησης:

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