



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων & Φίλων
των Αυτιστικών και με Νοητική Στέρση
Ατόμων "S.O.S."

ΚΕΝΤΡΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ S.O.S.

Μπουκαμβίλιας 4, 13672, Αχαρνάι
Τηλ.: 2106520782, email: info@kentrosos.gr

Αχαρνάι, 19/07/2024
Αρ. Πρωτ.: 2144

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΑΧΟΝΤΕΣ

Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ ΑΤΟΜΩΝ "S.O.S.", ΝΠΙΔ (ΦΕΚ 1078/Β/96), στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2021-2027 του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ 2021-2027», λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ – ΑμεΑ «ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ ΑΤΟΜΩΝ "SOS" ΕΣΠΑ 2021-2027» με Κωδικό ΟΠΣ 6003879 και με τη συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ:

Άτομα με αυτισμό και νοητική υστέρηση (στο εξής θα καλούνται «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, για την **Παροχή Υπηρεσιών Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας** στο **Κέντρο Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας του ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ ΑΤΟΜΩΝ "S.O.S."**, με τον διακριτικό τίτλο «**ΚΕΝΤΡΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ S.O.S.**», που βρίσκεται στην οδό Μπουκαμβίλιας 4, Αχαρνάι.

Α) ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Μεταφορά των ωφελουμένων προς και από το Κέντρο
- Διαμονή και διατροφή των ωφελουμένων (πρόχειρο γεύμα)
- Θεραπείες (εργοθεραπείες, λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες και άλλα), βάσει του εξατομικευμένου προγράμματος του κάθε ωφελούμενου
- Πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου
- Παροχή ατομικής ή/και ομαδικής άσκησης
- Εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- Διαδραστικές εργασίες με χρήση νέων τεχνολογιών
- Δημιουργική απασχόληση και δραστηριότητες κοινωνικοποίησης
- Συμμετοχή σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται **δωρεάν** για κάθε ωφελούμενο σε εργάσιμες ημέρες (**Δευτέρα έως Παρασκευή**) για 8 ώρες ημερησίως, από τις **07:15** έως τις **15:15**,

συμπεριλαμβανομένου του χρόνου μεταφοράς από και προς το Κέντρο. Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους ορίζεται έως **31/12/2025**.

B) 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 μονάδες κλειστής φροντίδας και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τους, την αίτηση δύναται να υποβάλει ο νόμιμος εκπρόσωπος του αρμόδιου φορέα, συνοδευόμενη από σχετική απόφαση υποβολής αίτησης του αρμόδιου οργάνου της μονάδας.
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως ή Κάρτα Αναπηρίας. 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 2023**, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου εν ισχύ, για τουλάχιστον μία πάθηση από τις αναφερόμενες στην υπ' αρ. οικ. 47305/12.12.2018 (Β' 5571) κοινή υπουργική απόφαση, όπως ισχύει, ή με συνολικό ποσοστό αναπηρίας ίσο ή μεγαλύτερο από 67%.
5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ).
6. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/ανάδοχος/επίτροπος/δικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.
7. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.
8. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 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 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.
9. Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας:
 - Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας 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 μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 5 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του φορέα.

Γ) ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η επιλογή του ωφελούμενου θα γίνει βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (μονάδα κλειστής φροντίδας, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο).
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου.
3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα.
4. Οικογενειακή κατάσταση.

Ειδικότερα η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Μονάδα κλειστής φροντίδας	30
	ΣΥΔ	20
	Ατομική/οικογενειακή κατοικία	10
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	20
	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
	Μέλος μονογονεϊκής οικογένειας ή ορφανό άτομο με αναπηρία	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8

* Το όριο της φτώχειας προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2023 ορίζεται σε 6.030 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά. Το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας προκύπτει μετά τη διαίρεσή του συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος με το ισοδύναμο μέγεθος της οικογένειας. Το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού υπολογίζεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και μέλη 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά κάτω των 14 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης που λαμβάνεται από όλα τα μέλη του νοικοκυριού και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

Δ) ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η διαδικασία επιλογής του ωφελούμενου ξεκινά με τη λήξη της χρονικής περιόδου υποβολής των δικαιολογητικών και θα ακολουθηθούν τα παρακάτω βήματα:

1. Εξέταση/έλεγχος των αιτήσεων και υπολογισμός 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 ωφελουμένων της πράξης, οι οποίοι θα επιλεγούν βάσει των κριτηρίων επιλογής.

Επίσης, στο στάδιο αυτό συμπεριλαμβάνεται και η διαδικασία εξατομικευμένης αξιολόγησης του ωφελούμενου για την ένταξή του στο πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας και πραγματοποιείται για τη διερεύνηση και καταγραφή των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών του, τα οποία θα κρίνουν την αποδοχή ή απόρριψή του στο πρόγραμμα. **Πιθανοί λόγοι μη ένταξης** υποψήφιου ωφελούμενου και οι οποίοι αντιβαίνουν στον σκοπό του θεραπευτικού έργου και στον **Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Κέντρου Αυτισμού S.O.S.** είναι:

- Δυσκολία ολοκλήρωσης της αξιολογητικής διαδικασίας
- Επιθετική συμπεριφορά προς τον αξιολογητή ή τρίτους
- Δυσκολία επικοινωνίας (κώφωση – τύφλωση)
- Παρορμητική συμπεριφορά
- Βαριές κινητικές δυσκολίες – αναπηρία
- Αναφερόμενες κρίσεις “Ε” που ανάγονται σε βάθος χρόνου
- Το επίπεδο νοητικής λειτουργίας
- Ο βαθμός της διάσπασης προσοχής
- Ψυχικό νόσημα

3. Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή εκδίδει σχετική απόφαση με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επιλογής, περιγράφοντας επίσης τις επιμέρους εργασίες/στάδια που πραγματοποιήθηκαν.

Κατόπιν ο Φορέας προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες διαδικασίες δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα (www.kentrosos.gr) και ενημέρωσης των ωφελουμένων.

Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχών από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του δικαιούχου, η Επιτροπή δύναται να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης.

4. Για τα ωφελούμενα άτομα της προγραμματικής περιόδου 2014-2020 που συμμετέχουν ήδη στην πράξη, δεν εφαρμόζονται τα παραπάνω κριτήρια επιλογής.

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 του ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ S.O.S., Μπουκαμβίλιας 4, ΤΚ: 13672, ΑΧΑΡΝΑΙ, **μέχρι τις 29/07/2024, ημέρα Δευτέρα και ώρα 14.00 το μεσημέρι.**

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

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η έγκαιρη υποβολή θα αποδεικνύεται μόνο από τον αριθμό πρωτοκόλλου που θα δοθεί κατά την παραλαβή.

ΣΤ) ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Η παρούσα πρόσκληση διατίθεται από το ΚΕΝΤΡΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ S.O.S.:

- Στην ιστοσελίδα του φορέα (www.kentrosos.gr)
- Στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων (Αχαρνών, Κηφισιάς, Ιλίου, Αμαρουσίου και άλλων) και των αντίστοιχων περιφερειών
- Στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.μεΑ (www.esaea.gr) και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ (www.posgamea.gr) και στην ιστοσελίδα της Ε.Ε.Π.Α.Α. (www.autismgreece.gr)
- Στην ιστοσελίδα του NOESI
- Στη Διεύθυνση Προστασίας ΑμεΑ του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν από Δευτέρα έως Παρασκευή (9:00 - 15:00) στο τηλ. 210 6520782 ή με email: info@kentrosos.gr

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος

Μάραντος Παναγιώτης

Συνημμένα Πρόσκλησης:

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8, παρ. 4 του ν. 1599/1986



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

