



Σύλλογος Γονέων & Κηδεμόνων Σπαστικών Παιδιών «Ο Καλός Σαμαρείτης»

Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 3

Αργυρούπολη, ΤΚ 16452

Τηλ.: 210 9910753, Fax: 210 9921283

Site: kalossamaritis.org, e-mail: kalossamaritis@yahoo.gr

Πληροφορίες: Έλενα Γιαννάκη

Αργυρούπολη, 2/10/2024

Αρ. Πρωτ: 8050

Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος

Ο Σύλλογος Γονέων & Κηδεμόνων Σπαστικών Παιδιών «Ο Καλός Σαμαρείτης», στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2021-2027 και ειδικότερα του Περιφερειακού Προγράμματος «Αττική 2021-2027» και της Προτεραιότητας «Πρωώθηση της περιφερειακής κοινωνικής συνοχής μέσα από την ενίσχυση των μηχανισμών και υπηρεσιών για την στήριξη του ανθρώπινου δυναμικού, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της υγειονομικής περίθαλψης, της κοινωνικοοικονομικής ένταξης, της ισότητας των ευκαιριών και την αντιμετώπιση κινδύνων φτώχειας», λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «**Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ "Κέντρο Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας «Ο Καλός Σαμαρείτης»**» (Κωδικός ΟΠΣ: 6003505)

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Άτομα με κινητικές αναπηρίες, με νοητική υστέρηση, και μικτά περιστατικά, ηλικίας 10 ετών και άνω, οι οποίοι στην παρούσα θα αναφέρονται ως «ωφελούμενοι», να υποβάλουν αίτηση συνοδευόμενη από τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών δημέρευσης - ημερήσιας φροντίδας του Κέντρου «Ο Καλός Σαμαρείτης» που λειτουργεί στην Αργυρούπολη, επί της Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 3.

Η πρόσκληση αφορά στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε δυο (2) ωφελομένους για χρονική περίοδο από την ένταξή τους στο πρόγραμμα μέχρι την 30/6/2026.

Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελομένων, τη δημιουργική απασχόληση και την ενίσχυση της κοινωνικοποίησης και της κοινωνικής τους ένταξης, και περιλαμβάνουν:

- Τη μεταφορά τους προς και από το Κέντρο με τα λεωφορεία του φορέα.
- Τη διαμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα).

- Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής (συνεδρίες εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και ειδικής διαπαιδαγώγησης) ανάλογα πάντα με τις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου.
- Την παροχή ατομικής ή/και ομαδικής άσκησης.
- Την εκπαίδευσή τους στην αυτοεξυπηρέτηση και στην 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 06:30-14:30) για κάθε ωφελούμενο περιλαμβανομένου του χρόνου της μεταφοράς προς και από το Κέντρο.

B. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. **Αίτηση** (επισυνάπτεται). Η αίτηση υποβάλλεται από τον ίδιο τον ωφελούμενο, το γονέα/ κηδεμόνα ή το 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 φορολογικό έτος **2023**, 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.
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** (Βεβαίωση ΑΜΚΑ).
9. **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.
10. **Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:**

- i. 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.
- ii. 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.
- iii. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986, του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, που να αναφέρει ότι:
 - ο/η διαμένει στο Ίδρυμα / Θεραπευτήριο / ΚΚΠΠ
 - σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος ωφελούμενου για τη συμμετοχή του στην Πράξη, θα προσκομίσω στον φορέα σας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση / αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του Ιδρύματος.

11. **Πιστοποιητικό εμβολιασμού** του ωφελούμενου κατά του COVID-19 ή επίσημο αποδεικτικό τεκμηρίωσης περί μη υποχρέωσης εμβολιασμού.

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 διαδικασία επιλογής των ωφελούμενων θα γίνει από σχετική Επιτροπή εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των συμμετεχόντων στην Πράξη, στην οποία συμμετέχει και ο Υπεύθυνος της Πράξης.

Κάθε ωφελούμενος που εισέρχεται στα Κέντρα Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΔΗΦ) υποχρεούται να είναι πλήρως εμβολιασμένος κατά του κορωνοϊού COVID-19 ή να φέρει αποδεδειγμένους λόγους υγείας που εμποδίζουν τη διενέργεια του εμβολιασμού (Εγκύκλιος 63807/31-8-21 Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων). Σε περίπτωση μη τήρησης αυτού, απορρίπτεται η αίτηση χωρίς περαιτέρω εξέταση των λοιπών κριτηρίων επιλογής.

Μετά τη λήξη της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων, θα γίνει η επιλογή των ωφελούμενων με τη διαδικασία μοριοδότησης βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. **Τύπος πλαισίου διαμονής** (ίδρυμα 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.**

Αναλυτικά τα κριτήρια επιλογής των ωφελούμενων και η μοριοδότησή τους είναι:

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	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 ΕΛΣΤΑΤ¹. Αυτό για το έτος 2023 ανέρχεται στο ποσό των 6.030 ευρώ ετησίως ανά μονοπρόσωπο νοικοκυριό και σε 12.663 ευρώ για νοικοκυριά με δύο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας 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 της εισφοράς και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

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 ωφελουμένων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα επιλεγούν βάσει των πέντε (5) προαναφερόμενων κριτηρίων επιλογής.

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 δικαιούχος προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες διαδικασίες δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων 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

¹ statistics.gr

προβεί στις απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης.

Η ανάρτηση των αποτελεσμάτων και η ενημέρωση των ωφελούμενων θα γίνεται στην ιστοσελίδα του φορέα: kalossamaritis.org.

Οι ωφελούμενοι είναι δυνατόν να ασκήσουν ένσταση κατά του ανωτέρω πίνακα εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων, ενώπιον της επιτροπής αξιολόγησης, ιδιοχείρως.

Μετά τη διαδικασία αξιολόγησης των πιθανών ενστάσεων, θα αναρτηθεί **Οριστικός Πίνακας Κατάταξης** των ωφελούμενων και επιλαχόντων.

Σημειώνεται ότι κάθε αίτηση θα λάβει ένα μοναδικό κωδικό ταυτοποίησης που θα κοινοποιηθεί στους συμμετέχοντες. Η παράθεση των πινάκων (και του προσωρινού και του οριστικού μετά την εξέταση πιθανών ενστάσεων) θα γίνει με τη δημοσίευση των εν λόγω κωδικών και όχι με τα ονοματεπώνυμα των ωφελούμενων, προκειμένου να μη δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Δ. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ & ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν **ιδιοχείρως** και **σε σφραγισμένο φάκελο**, στα γραφεία του Κέντρου «Ο Καλός Σαμαρείτης» στην Αργυρούπολη, Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 3, ΤΚ 16452, **από τις 07:00 την Πέμπτη 3 Οκτωβρίου 2024 μέχρι και τη Δευτέρα 14 Οκτωβρίου 2024 και ώρα 14:00.**

Αιτήσεις που θα υποβληθούν 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.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα Πρόσκληση, με την αίτηση και τα δικαιολογητικά, διατίθενται από το Κέντρο «Ο Καλός Σαμαρείτης» (Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 3, Αργυρούπολη, ΤΚ 16452) και αναρτάται στην ιστοσελίδα του (kalossamaritis.org) για όλο το διάστημα υποβολής αιτήσεων.

Επίσης η Πρόσκληση:

- Θα αναρτηθεί στους Ο.Τ.Α. Α' και Β' βαθμού (Δήμους, Περιφέρεια) και, ειδικότερα, στις κοινωνικές υπηρεσίες αυτών, εντός της γεωγραφικής περιοχής κάλυψης της πράξης.
- Θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα της Ε.Σ.Α.μεΑ. και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.
- Θα αποσταλεί και θα αναρτηθεί σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφερειών (Κ.Κ.Π.Π.) και των παραρτημάτων τους.
- Θα αποσταλεί στη Διεύθυνση Προστασίας ΑΜΕΑ του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινίσεις οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην Υπεύθυνη της Πράξης κα Έλενα Γιαννάκη στο τηλ : 210 9910753, Fax: 210 9921283, e-mail: kalossamaritis@yahoo.gr, από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 10:00 μέχρι τις 12:00.

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

Η νόμιμη εκπρόσωπος



Συνημμένα Πρόσκλησης:

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986, του ωφελούμενου ή του γονέα/ κηδεμόνα
3. Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986, του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος που διαβιβεί ο ωφελούμενος