

Ημερομηνία 04/08/2017

Αρ. Πρωτ. : 17726

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα «Κέντρα διημέρευσης – Ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία».

Η ΕΣΤΙΑ – Κέντρο κοινωνικής φροντίδας ατόμων με νοητική υστέρηση, στα πλαίσια της πρόσκλησης του ΠΕΠ Αττική 2014-2020 «Πρόωθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμησης της φτώχειας και διακρίσεων – διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής» πρόκειται να υλοποιήσει πρόγραμμα με τίτλο «ΕΣΤΙΑ - ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ» (απόφαση ένταξης πράξης: 3966/ 18-04-2017, κωδικός ΟΠΣ: 5001568) και καλεί κάθε ενδιαφερόμενο να υποβάλει αίτηση συμμετοχής.

Αντικείμενο του προγράμματος είναι η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, σε 39 ενήλικα άτομα με νοητική υστέρηση. Οι υπηρεσίες παρέχονται από το « Κέντρο κοινωνικής φροντίδας ατόμων με νοητική υστέρηση ΕΣΤΙΑ» στις πιστοποιημένες εγκαταστάσεις επί της οδού Σόνιας Νικολακοπούλου 13 στο Νέο Ψυχικό, από εξειδικευμένο προσωπικό, όπως ορίζεται στον ΠΔ 395/ 93, για τρία χρόνια, πέντε ημέρες την εβδομάδα, 8ώρες ημερησίως. Η ΕΣΤΙΑ βάσει του καταστατικού της παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με ελαφρά και μέση νοητική υστέρηση.

Για κάθε ωφελούμενο, βάσει των αναγκών του, δημιουργείται και ακολουθείται εξατομικευμένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, στο οποίο περιλαμβάνεται υποστήριξη από Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Κοινωνική Λειτουργό, Εργοθεραπευτή, Λογοθεραπευτή, Γυμναστή, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, προγράμματα κοινωνικής ένταξης, εξωτερικά προγράμματα και συμμετοχή σε διακρατικές συνεργασίες, διατροφή και μετακίνηση (όπως ορίζονται στο ΠΔ 395/ 93 και την προκήρυξη).

Μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων των ενδιαφερόμενων η ΕΣΤΙΑ θα συγκαλέσει την επιτροπή εξέτασης/ ελέγχου των αιτήσεων, στην οποία συμμετέχει και ο υπεύθυνος της πράξης και θα προβεί στην επιλογή των ωφελούμενων με τη διαδικασία της μοριοδότησης βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

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

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
4. Οικογενειακή κατάσταση	Υπαρξη 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

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

Α) 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.

Β) Επιλογή των συμμετεχόντων στην πράξη.

Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή θα καταρτίσει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελουμένων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων.

Επισημαίνεται, σε αυτό το σημείο, ότι σε περίπτωση ισοψηφίας μεταξύ υποψηφίων, κριτήριο επιλογής θα είναι η τήρηση σειράς προτεραιότητας ως προς το χρόνο κατάθεσης της αίτησης.

Γ) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Η Επιτροπή θα εκδώσει σχετική απόφαση με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επιλογής η οποία θα δημοσιοποιηθεί στην ιστοσελίδα της «ΕΣΤΙΑΣ».

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.

Περίοδος υποβολής αιτήσεων από 07/08/2017 έως 01/09/2017

Σε περίπτωση που δεν συμπληρωθεί ο ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός αιτήσεων (39), θα δοθεί παράταση μιας επιπλέον εβδομάδας, για την κατάθεση αιτήσεων.

Ημερομηνίες έκδοσης και δημοσιοποίησης αποτελεσμάτων:

- Ανάρτηση Προσωρινού Πίνακα Αποτελεσμάτων: **08/09/2017**
- Στην συνέχεια μπορούν να υποβληθούν ενστάσεις έως τις **15/09/2017** και ώρα **12.00**. Θα ακολουθήσει διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων και θα

αναρτηθεί ο **Οριστικός Πίνακας Κατάταξης** ωφελουμένων και επιλαχόντων
στις **22/09/2017**

Οι αιτήσεις με το σύνολο των δικαιολογητικών, υποβάλλονται ιδιοχείρως στην γραμματεία του Κέντρου Κοινωνικής Φροντίδας Ατόμων με Νοητική Υστέρηση «ΕΣΤΙΑ» στην παρακάτω διεύθυνση:

Σόνιας Νικολακοπούλου 13 3^{ος} όροφος

Ν. Ψυχικό Τκ. 15451

τηλ. 2106713149 fax. 2106748084

Site: www.esepa.gr

e-mail: projects@esepa.gr

*Επισυνάπτεται η αίτηση και τα δικαιολογητικά συμμετοχής.

*Για όσους δεν έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο, μπορούν να προμηθευτούν τα απαιτούμενα έγγραφα από την γραμματεία της «ΕΣΤΙΑΣ».

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ : «ΕΣΤΙΑ - ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ»

Ημερομηνία υποβολής : / / 2017 Αρ. Πρωτ. :

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ						
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΟΔΟΣ				ΑΡΙΘΜΟΣ	
	ΠΟΛΗ				Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Μονογονεϊκή οικογένεια		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Τρίτεκνοι/ πολύτεκνοι		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ / Η		ΑΝΕΡΓΟΣ			
ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ:		

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ				ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ		ΓΥΝΑΙΚΑ		
ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΗΔΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ					
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ					
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					

	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ			
	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ			
	ΣΥΔ			
	ΙΔΙΩΤΙΚΗ/ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ			
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ				
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ	
	ΠΟΛΗ		T.K.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX	e-mail	

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Σημειώστε X σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
1	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.	
2	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.	
3	Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.	
4	Αντίγραφο πρόσφατου Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης που να έχει εκδοθεί εντός του τελευταίου εξαμήνου πριν από την ημερομηνία πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.	
5	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ ή άλλο ισοδύναμο έγγραφο σε ισχύ από τα οποία θα προκύπτει ότι την ημερομηνία υποβολής της αίτησης είναι άνεργος/η.	

6	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι εργαζόμενος/η απαιτείται : α) πρόσφατη βεβαίωση εργοδότη αν είναι μισθωτός/ή β) υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του ν.1599/1986 αν είναι αυτοαπασχολούμενος/η ή ελεύθερος/η επαγγελματίας
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 όπως εκδίδεται από το ΚΕΠ ή από τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (https://apps.ika.gr/eInsEligibility/) ή από το Εθνικό Μητρώο Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας “ΑΤΛΑΣ” (https://www.atlas.gov.gr/ATLAS/Pages/Home.aspx)
9	Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/εκπροσώπου (βρίσκεται συνημμένη στην αίτηση), που να αναφέρει ότι: α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ ΕΣΤΙΑ 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.
10	Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.: <ul style="list-style-type: none"> • 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 πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη. <p>Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 4 και 8, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος</p>

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(υπογραφή)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΕΣΤΙΑ – Κέντρο κοινωνικής φροντίδας ατόμων με νοητική υστέρηση								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρ. (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν λαμβάνω αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που μου παρέχονται από το ΚΔΗΦ ΕΣΤΙΑ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (πχ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη
- Δεν λαμβάνω υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη.

Ημερομηνία:

Ο/ Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα

