



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εταιρεία Σπαστικών Βορείου Ελλάδος

Ταχ. Δ/ση : Όπισθεν Ανωτάτης Διακλαδικής Σχολής Πολέμου

Ταχ. Κώδικας : 551 10

Πληροφορίες: Τσαλαμπούνη Αικατερίνη

Τηλέφωνο : 2310 489247-9

Fax : 2310 489217

Email : esbe@otenet.gr

Θεσσαλονίκη, 30/09/2016

Αρ. Πρωτ.: 346

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η «ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ», 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 – Εταιρεία Σπαστικών Βορείου Ελλάδος» με κωδικό ΟΠΣ 5001439,

προσκαλεί:

άτομα κυρίως με κινητικές αναπηρίες ή και νοητική υστέρηση (στο εξής καλούμενοι «ωφελοούμενοι») να υποβάλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας στο Κέντρο Διημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ που λειτουργεί, όπισθεν Ανωτάτης Διακλαδικής Σχολής Πολέμου στην Πυλαία Θεσσαλονίκης.

Α) ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παροχή υπηρεσιών διημέρευσης - ημερήσιας φροντίδας σε **πενήντα (50)** ωφελοούμενους η οποία θα περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, τα κατωτέρω:

- Τη μεταφορά τους προς και από το Κέντρο
- Τη διαμονή και τη διατροφή τους.
- Το πρόγραμμα πράξεως ειδικής αγωγής, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ανάπηρου και αξιοποίηση των όποιων δυνατοτήτων του σε τμήματα δημιουργικής απασχόλησης.
- Την εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.
- Δραστηριότητες κοινωνικοποίησης.
- Την ιατρική παρακολούθηση.
- Την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη.

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται σε εργάσιμες ημέρες (Δευτέρα έως Παρασκευή) για 8 ώρες ημερησίως (ωράριο λειτουργίας Κέντρου 07:00-16:00) για κάθε ωφελούμενο περιλαμβανομένου του χρόνου της μεταφοράς από και προς το Κέντρο. Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελοούμενους ορίζεται σε 36 (τριάντα έξι) μήνες από 01/11/2016 έως 30/10/2019.

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 ωφελοούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περιθαλψής 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 ωφελοούμενου, εν ισχύ.
5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

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.:
 - 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
1. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	30
	Ασφαλισμένος/η	10
2. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20
	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας	10
3. 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
4. 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 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.

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



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

- 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 κριτηρίων επιλογής.
- 3) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων με ανάρτηση του σχετικού προσωρινού πίνακα αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα (www.esbe.gr) στις 21/10/2016.

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την 26/10/2016 και ώρα 12:00 μ.μ.

Στη συνέχεια, και μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελουμένων και επιλαχόντων στις 27/10/2016 στην ιστοσελίδα του φορέα.

Δ) 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 Εταιρείας Σπαστικών Βορείου Ελλάδος, Όπισθεν Ανωτάτης Διακλαδικής Σχολής Πολέμου, Τ.Θ. 200 57, Τ.Κ. 551 10, Πυλαία Θεσσαλονίκης, μέχρι τις 21/10/2016, ημέρα Παρασκευή 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 την Εταιρεία Σπαστικών Βορείου Ελλάδος 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/ση Προστασίας ΑμεΑ και αναρτάται στην ιστοσελίδα του φορέα (www.esbe.gr) και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.με.Α.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα. Τσαλαμπούνη Αικατερίνη στα τηλ.:2310 489247-9, fax 2310 489217, e-mail:esbe@otenet.gr, από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 08:00-16:00.

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

Η νόμιμη εκπρόσωπος
Ελένη Στυλιανού

Συνημμένα Πρόσκλησης:

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