ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΡΟΣ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ «ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ - ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΜΕΑ του ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ – Ο ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ»

Το «ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ – ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ» στα πλαίσια της Πράξης «Δράση: Κέντρο Διημέρευσης -Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία» του Άξονα Προτεραιότητας 5, του Ε.Π. «ΚΡΗΤΗ 2014-2020» που συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.)

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Ενδιαφερόμενους, όπως υποβάλλουν από την Πέμπτη 30-03-2023, ΑΙΤΗΣΗ για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας, στο «ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ – Ο ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ» για την κάλυψη μιας (1) κενής θέσης στο πρόγραμμα του.

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

Δύνανται να υπαχθούν στο πρόγραμμα ενήλικα άτομα με Νοητική Υστέρηση που κατοικούν στο Ηράκλειο και την ευρύτερη περιοχή του.

ΣΗΜ. Η κενή θέση των δυνητικά ωφελουμένων θα καλυφθεί από αιτήσεις των δικαιούχων σύμφωνα με την βαθμολογική τους κατάταξη.
Η παροχή των υπηρεσιών προβλέπεται να παρέχεται έως τις 03-09-2023.

ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Ο συνολικός αριθμός των εξυπηρετούμενων ανέρχεται στα 25 άτομα και το ωράριο λειτουργίας είναι: 07:00’ - 15.00’.
Ειδικότερα:
07:00’ - 08.45’ μεταφορά ωφελουμένων στο Κέντρο
08.45’ - 13.00’ διημέρευση και ημερήσια φροντίδα και
13.15’ - 15.00’ μεταφορά ωφελουμένων από το Κέντρο

Τονίζεται ότι οι ωφελούμενοι του Κέντρου δεν θα λαμβάνουν αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που τους παρέχονται από το ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής τους στην πράξη και δεν θα λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής τους στην Πράξη.

Το Κέντρο παρέχει υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής, που περιλαμβάνουν την εκτίμηση αναγκών, αξιολόγηση, εκπόνηση εξατομικευμένου σχεδίου εκπαιδευτικών-θεραπευτικών παρεμβάσεων, εκπαίδευση σε κοινωνικές και ατομικές δεξιότητες και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής φροντίδας, και υποστήριξης του ατόμου καθώς και για τις οικογένειες τους.

Ειδικότερα:

- Τη μεταφορά των ωφελουμένων προς και από το Κέντρο, με μεταφορικό μέσο του δικαιούχου
- Την ημερήσια παραμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα)
- Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής που έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ΑΜΕΑ (εργοθεραπείας, φυσικοθεραπείας, ειδικής αγωγής, ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά.) βάσει του εξατομικευμένου προγράμματος του κάθε ωφελούμενου

- Την παροχή ατομικής ή και ομαδικής άσκησης
- Την εκπαίδευση τους στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- Τη δημιουργική απασχόληση τους και δραστηριότητες κοινωνικοποίησης τους
- Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης

Οι υπηρεσίες αυτές θα παρέχονται σε καθημερινή βάση από ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, αποσκοπώντας στην καλλιέργεια βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων και εκμάθηση συμπεριφορών, οι οποίες δεν αποτελούν για τα συγκεκριμένα άτομα αυτονόητα στοιχεία της καθημερινής ζωής.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Για τις υποψηφιότητες, υποβάλλονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (ευρίσκεται στα συνημμένα έγγραφα στο τέλος της Πρόσκλησης)
- Πρωτότυπα ή αντίγραφα δικαιολογητικά που τη συνοδεύουν (ευρίσκεται στα συνημμένα έγγραφα στο τέλος της Πρόσκλησης)

Η τελική επιλογή γίνεται από την ειδική επιτροπή εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των ωφελουμένων, η οποία ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Σωματείου «ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ – Ο ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ», σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια:

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 οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας * ή	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

** Το κατώφλι της φτώχειας ανέρχεται για το έτος 2021 στο ποσό των 5.251 ευρώ ετησίως ανά μονοπρόσωπο νοικοκυριό και σε 11.028 ευρώ για νοικοκυριά με δύο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών, και ορίζεται στο 60% του διάμεσου συνολικού ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών, το οποίο εκτιμήθηκε σε 8.752 ευρώ, ενώ το μέσο ετήσιο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών της Χώρας εκτιμήθηκε σε 17.089 ευρώ. 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*

Από τη διαδικασία μοριοδότησης προκύπτει λίστα κατάταξης των υποψηφίων με σειρά προτεραιότητας.
Η ανάρτηση του οριστικού πίνακα θα γίνει στην ιστοσελίδα του Κέντρου: www.agiospiridon.gr

Η υποβολή Αίτησης από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή από το νόμιμο εκπρόσωπό του, συνοδεύεται από τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά:

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 και οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος για το οικονομικό έτος 2022 χρήσης 2021, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση (μέσω του gov.gr) σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.

3. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, σε ισχύ.

4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.

5. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΔΥΠΑ (ΟΑΕΔ).

6. 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 σε ισχύ.

7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).

8. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

   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.

9. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

   -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 1, 2, 4 και 7 , δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής συνοδευόμενη από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, με έναρξη την **Πέμπτη 30-03-2023**, είτε ηλεκτρονικά στη διεύθυνση: info@agiospiridon.gr είτε κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες από 09:00’ έως 12:00’ στο χώρο της δομής, είτε εναλλακτικά μέσω courier ή ταχυδρομείου, σε κάθε περίπτωση μετά από τηλεφωνική επικοινωνία στα τηλ. 2810 236987 & 6945 908721.

Καταληκτική ημερομηνία παραλαβής των αιτήσεων είναι η **Δευτέρα 10-04-2023**

ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από το «Κέντρο Ειδικών Παιδιών – ο Άγιος Σπυρίδων», αναρτάται δε στην ιστοσελίδα του Κέντρου, στη διεύθυνση www.agiospiridon.gr

Επίσης, αναρτάται στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ. και διατίθεται από τον φορέα, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων της περιοχής παρέμβασης και της Περιφέρειας Κρήτης, στα Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης της Π.Ε. Ηρακλείου, στη Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν είτε τηλεφωνικά να επικοινωνήσουν με το «Κέντρο» (2810 236987 & 6945 908721), είτε μέσω e – mail: info@agiospiridon.gr

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

Αίτηση συμμετοχής ωφελουμένου
Παράρτημα 1
Παράρτημα 2
Παράρτημα 3