



**ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΕΙΟ Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού
ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής Τ.Κ. 144 51
Τηλ.: 2102825622 (Διεύθυνση) | 2102826913 (Γραμματεία Κ.Α.Σ.Π.)
E-mail: ike@kasp.gr | Ιστοσελίδα: www.kasp.gr

Αθήνα, 17/12/2024
Αρ. Πρ.: 857

5^Η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Το ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2021-2027, Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ 2021-2027», λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Πρόγραμμα Ολιστικής Παροχής Υπηρεσιών Αποκατάστασης σε Παιδιά με Εγκεφαλική Παράλυση και συνοδά προβλήματα» με Κωδικό ΟΠΣ 6003444»

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με αναπηρία (εγκεφαλική παράλυση και συνοδά προβλήματα) ηλικίας 6 μηνών έως 12 ετών (στο εξής θα καλούνται «ωφελούμενοι») να υποβάλλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα:

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΤΟΠΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ
Κέντρο Δημέρευσης και ημερήσιας Φροντίδας για παιδιά με εγκεφαλική παράλυση και συνοδά προβλήματα	Μεταφορά, διατροφή (πρόχειρο γεύμα), ειδική αγωγή, ατομική ή/και ομαδική άσκηση, εκπαίδευση αυτοεξυπηρέτησης, εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, δημιουργική απασχόληση, δραστηριότητες κοινωνικοποίησης, προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης, κτλ	1 Κενή θέση	Δευτέρα - Παρασκευή 07:00 - 15:00	έως 31.12.2025	Δήμος Μεταμόρφωσης Αττικής



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Αιτήσεις συμμετοχής θα γίνονται στη Γραμματεία του Ιδρύματος Κοινωνικής Εργασίας, που λειτουργεί, στη Μεταμόρφωση, Ηροδότου 1, Τ.Κ. 144 51, από τη **Τετάρτη 18/12/2024 έως και τη Τρίτη 24/12/2024 και ώρες 10:00πμ-13:00μμ.**

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 ταχυδρομείου δεν λαμβάνεται υπόψη.

Η επιλογή των άμεσα ωφελουμένων θα γίνει σύμφωνα με τα κριτήρια και τις διαδικασίες που ορίζονται στην πρόσκληση υποβολής προτάσεων Απ049/06-10-2023 της Περιφέρειας Αττικής, με τίτλο «Συνέχιση λειτουργίας Κέντρων Διημέρευσης-Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία [ΚΔΗΦ ΑμεΑ]»

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά συμμετοχής που θα πρέπει να επισυναφθούν στην αίτηση συμμετοχής είναι τα ακόλουθα:

1. 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.

2. 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.

3. 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%.

4. Ειδικώς οι ανήλικοι, μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη την υποβολή ηλεκτρονικού εισηγητικού ιατρικού φακέλου για την έκδοση πιστοποίησης αναπηρίας από το ΚΕ.Π.Α. ή με μόνη την εγκριτική ηλεκτρονική ιατρική γνωμάτευση ειδικών θεραπειών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..

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 ωφελουμένου ή του νόμιμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.

8. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου 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

10. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση από ΕΦΚΑ ή άλλο ασφαλιστικό φορέα) και αντίγραφο βιβλιάρου ασθένειας

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Κατόπιν της λήξης της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων ο φορέας θα προβεί στην επιλογή των ωφελούμενων με τη διαδικασία μοριοδότησης 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 6.030,00 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά και σε 12.663€ για νοικοκυριά με δύο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών. 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..*

Η Επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής ωφελούμενων που έχει νομίμως ορίσει ο φορέας, θα προχωρήσει άμεσα στην εξέταση/έλεγχο των αιτήσεων για την πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων των αιτήσεων, καθώς και στην μοριοδότηση κάθε αίτησης που έχει εγκαίρως κατατεθεί. Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή καταρτίζει σχετικό προσωρινό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελούμενων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα καταταγούν/επιλεγούν βάσει των κριτηρίων επιλογής. Ο φορέας είναι υπεύθυνος για την έκδοση της σχετικής απόφασης και δημοσιοποίησης των προσωρινών αποτελεσμάτων με ανάρτηση του σχετικού **προσωρινού πίνακα αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα (www.kasp.gr) τη Παρασκευή 27/12/2024.**

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, έως και την Τρίτη 31/12/2024 και ώρα 12:00 μ.μ.

Στη συνέχεια, και μετά τη διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο **Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελουμένων και επιλαχόντων, τη Πέμπτη 02/01/2025 στις 16:00** στην ιστοσελίδα του φορέα www.kasp.gr. **Οι νέοι ωφελούμενοι θα ενταχθούν στη δομή τη Παρασκευή 03/01/2025.**

Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχής από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του φορέα, η επιτροπή δύναται να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης. Σε περίπτωση ισοβαθμίας, για την οριστική κατάταξη και επιλογή των ωφελουμένων, μοναδικό κριτήριο είναι η τήρηση σειράς προτεραιότητάς ως προς τον χρόνο κατάθεσης της αίτησης (σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου) μεταξύ των ισοβαθμισμένων, από την Επιτροπής εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των συμμετεχόντων

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η παρούσα διατίθεται από το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας, που λειτουργεί, στη Μεταμόρφωση, Ηροδότου 1, Τ.Κ. 144 51, στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφέρειας Αττικής, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας Αττικής και τα παραρτήματά του, σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, στην ιστοσελίδα του φορέα (www.kasp.gr), στις ιστοσελίδες της ΕΣΑμεΑ και της ΠΟΣΓΚΑμεΑ και στον ιστότοπο www.noesi.gr.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται:

- τηλεφωνικά στην κα Αναστασία Μάρα (Κοινωνική Λειτουργό) στα 2102826913 και 2102825622 από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 9:00 - 15:00.
- μέσω E-mail προς ike@kasp.gr

**Ο νόμιμος εκπρόσωπος του Κέντρου
ΜΑΡΙΝΟΣ ΑΓΙΑΣΜΕΝΟΣ**

Συνημμένα Αρχεία (δικαιολογητικά):

1. [Αίτηση συμμετοχής ωφελούμενου](#)
2. Υπ. Δηλώσεις [1](#), [2](#), [3](#) του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986.

