



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό
Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΤΤΙΚΗ» 2014-2020

Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση



Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων & Φίλων των
Αυτιστικών παιδιών «SOS»
Μπουκαμβίλιας 4, 13672, Αχαρναί
Τηλ.: 2106520782, Fax: 2102435689
email: info@kentrosos.gr

Αχαρναί, 15/06/2022
Αρ. Πρωτ.: 1844

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ «SOS», ΝΠΙΔ (ΦΕΚ 1078/Β/96), στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020, Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας (09) «ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ – ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ», με τη συμμετοχή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ & ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ», με κωδικό MIS: 5002120

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ:

Άτομα με αυτισμό και νοητική υστέρηση (στο εξής θα καλούνται «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, για την **Παροχή Υπηρεσιών Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας** στο **Κέντρο Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας του «ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ SOS»**, με τον διακριτικό τίτλο **«ΚΕΝΤΡΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ SOS»**, που βρίσκεται στην οδό Μπουκαμβίλιας 4, Αχαρναί. **Οι θέσεις που θα καλυφθούν είναι δύο (2).**

Α) ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Μεταφορά των ωφελουμένων προς και από το Κέντρο
- Διαμονή και διατροφή των ωφελουμένων (πρόχειρο γεύμα)
- Θεραπείες (εργοθεραπείες, λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες και άλλα), βάσει του εξατομικευμένου προγράμματος του κάθε ωφελούμενου
- Πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου
- Παροχή ατομικής ή/και ομαδικής άσκησης
- Εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- Διαδραστικές εργασίες με χρήση νέων τεχνολογιών
- Δημιουργική απασχόληση και δραστηριότητες κοινωνικοποίησης
- Συμμετοχή σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται **δωρεάν** για κάθε ωφελούμενο σε εργάσιμες ημέρες (**Δευτέρα έως Παρασκευή**) για 8 ώρες ημερησίως, από τις **08:00** έως τις **16:00** συμπεριλαμβανομένου του χρόνου μεταφοράς από και προς το Κέντρο. Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους ορίζεται σε 10 μήνες από 11/07/2022 έως 30/04/2023.

B) 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 ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τους, την αίτηση δύναται να υποβάλει ο νόμιμος εκπρόσωπος του αρμόδιου φορέα, συνοδευόμενη από σχετική απόφαση υποβολής αίτησης του αρμόδιου 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 2020, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου σε ισχύ.
5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
6. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.
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 (βεβαίωση ΑΜΚΑ).
9. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:
 - a. 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 στην πράξη
 - b. 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 στην πράξη.
 - c. Τα προσκομισθέντα δικαιολογητικά είναι γνήσια αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων
10. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ κ.α.:
 - a. Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου/νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος/θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ κ.α. που να πιστοποιεί τη διαβίωσή του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για τη 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.
 - b. 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.

Γ) ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η επιλογή του ωφελούμενου θα γίνει 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.

Ειδικότερα η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

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 2015 ορίζεται σε 4.512 € 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.

Δ) ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η διαδικασία επιλογής του ωφελούμενου ξεκινά με τη λήξη της χρονικής περιόδου υποβολής των δικαιολογητικών και θα ακολουθηθούν τα παρακάτω βήματα:

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, συντάσσεται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται πλήρεις από την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ωφελούμενων (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές από την Επιτροπή.

2. Επιλογή του ωφελούμενου στην πράξη.

Στο στάδιο αυτό η Επιτροπή καταρτίζει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής του ωφελούμενου της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα επιλεγούν βάσει των κριτηρίων επιλογής.

Επίσης, στο στάδιο αυτό συμπεριλαμβάνεται και η διαδικασία εξατομικευμένης αξιολόγησης του ωφελούμενου για την ένταξή του στο πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας και πραγματοποιείται για τη διερεύνηση και καταγραφή των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών του, τα οποία θα κρίνουν την αποδοχή ή απόρριψή του στο πρόγραμμα. **Πιθανοί λόγοι μη ένταξης** υποψήφιου ωφελούμενου και οι οποίοι αντιβαίνουν στον σκοπό του θεραπευτικού έργου και στον **Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Κέντρου Αυτισμού «SOS»** είναι:

- Δυσκολία ολοκλήρωσης της αξιολογητικής διαδικασίας
- Επιθετική συμπεριφορά προς τον αξιολογητή ή τρίτους
- Δυσκολία επικοινωνίας (κώφωση – τύφλωση)
- Παρορμητική συμπεριφορά
- Βαριές κινητικές δυσκολίες – αναπηρία
- Αναφερόμενες κρίσεις “Ε” που ανάγονται σε βάθος χρόνου
- Το επίπεδο νοητικής λειτουργίας
- Ο βαθμός της διάσπασης προσοχής
- Ψυχικό νόσημα

3. Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Στο στάδιο αυτό ο Φορέας δημοσιοποιεί τα αποτελέσματα με ανάρτηση του σχετικού Προσωρινού Πίνακα Αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα (www.kentrosos.gr) και ενημερώνει τους ωφελούμενους στις **01/07/2022 το απόγευμα**.

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν **ένσταση**, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ωφελούμενων έως την **07/07/2022** και ώρα **14:00**. Στη συνέχεια και μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο **Οριστικός Πίνακας Κατάταξης** των ωφελούμενων και επιλαχόντων στις **08/07/2022** στην ιστοσελίδα του φορέα.

Ε) 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 του ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ «SOS», Μπουκαμβίλιας 4, ΤΚ: 136 72, ΑΧΑΡΝΑΙ, μέχρι τις **01/07/2022**, ημέρα Παρασκευή και ώρα **14.00 το μεσημέρι**.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν με οποιονδήποτε τρόπο μετά την παραπάνω ημερομηνία και ώρα θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες, δεν θα αξιολογούνται και θα επιστρέφονται.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η έγκαιρη υποβολή θα αποδεικνύεται μόνο από τον αριθμό πρωτοκόλλου που θα δοθεί κατά την παραλαβή.

ΣΤ) ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Η παρούσα πρόσκληση διατίθεται από το ΚΕΝΤΡΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ «SOS»:

- Στην ιστοσελίδα του φορέα (www.kentrosos.gr)
- Στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων (Αχαρνών, Κηφισιάς, Ιλίου, Αμαρουσίου και άλλων) και των αντίστοιχων περιφερειών
- Στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.μεΑ (www.esaea.gr) και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ (www.posgamea.gr) και στην ιστοσελίδα της Ε.Ε.Π.Α.Α. (www.autismgreece.gr)
- Στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης του Κέντρου Αυτισμού «SOS»
- Στην ιστοσελίδα του NOESI
- Στη Διεύθυνση Προστασίας ΑΜΕΑ του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κα Μαρίνα Βασιλείου, τηλ. 210-6520782, fax:210-2435689, email: info@kentrosos.gr, από Δευτέρα έως Παρασκευή (9:00 - 15:00).

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος

Βασίλειος Γκλεζάκος

Συνημμένα Πρόσκλησης:

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8, παρ. 4 του ν. 1599/1986