



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Διεύθυνση: Μ. ΜΠΟΤΣΑΡΗ 33 ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑ, Τ.Κ: 18 648  
ΤΗΛ/ΦΑΧ: 2104635391/2104419181  
e-mail: [info@epsyme.gr](mailto:info@epsyme.gr) web-site: [www.epsyme.gr](http://www.epsyme.gr)  
Πληροφορίες: Δεπάστας Χαράλαμπος, Μπούτσας Κων/νος

Δραπετσώνα, 29/9/2021  
Αριθ.Πρωτ: 1557

## 7<sup>η</sup> ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

**Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ (Ε.ΨΥ.ΜΕ.)** 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 ΕΚΤ και τίτλο «ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ-ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ», λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης «**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**», με κωδικό MIS 5002654

### ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

**άτομα με αυτισμό προσχολικής ηλικίας** (στο εξής θα καλούνται «ωφελοούμενοι») να υποβάλλουν αίτηση με σκοπό την κάλυψη **επτά** κενών θέσεων στο πλαίσιο της πράξης «**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**», με κωδικό MIS 5002654.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΤΟΠΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ
<b>1. Κέντρο Δημέρευσης - Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με αυτισμό</b>	Μεταφορά, διαμονή, διατροφή (πρόχειρο γεύμα), ειδική αγωγή, ατομική και ομαδική άσκηση, εκπαίδευση αυτοεξυπηρέτησης, εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, δημιουργική απασχόληση, δραστηριότητες κοινωνικοποίησης, προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης, κτλ	<b>7</b> Άτομα	Δευτέρα - Παρασκευή 8:00-16:00	21 μήνες	Δήμος Κερατσινίου-Δραπετσώνας

**Αιτήσεις συμμετοχής θα γίνονται στα γραφεία της Ε.ΨΥ.ΜΕ. από τη Παρασκευή 1/10/2021 έως την Τετάρτη 06/10/2021 και ώρες 09:00 – 15:00.**



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Σε περίπτωση μη υποβολής αιτήσεων για την κάλυψη όλων των κενών θέσεων, η πρόσκληση θα παραμείνει ανοιχτή μέχρι την κάλυψη αυτών. Οι πρώτες αιτήσεις θα αξιολογηθούν με τη λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων. Οι νέες αιτήσεις που θα υποβληθούν στο πλαίσιο της ανοικτής πρόσκλησης με ημερομηνία από 07/10/21 και έπειτα θα εξετάζονται εβδομαδιαίως με την δυνατότητα παροχής των υπηρεσιών στους επιλεγμένους ωφελούμενους από τον αμέσως επόμενο μήνα.

Η επιλογή των άμεσα ωφελουμένων θα γίνει σύμφωνα με τα κριτήρια και τις διαδικασίες που ορίζονται στην πρόσκληση υποβολής προτάσεων ΑΠΤ026 της Περιφέρειας Αττικής ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΚΔΗΦ).

Η αίτηση θα πρέπει να συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα:

#### ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση συμμετοχής
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 2021 (χρήση 2020), ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν 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, ένα είναι εργαζόμενος/η απαιτείται βεβαίωση εργοδότη.
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) καθώς και οποιοδήποτε άλλο αποδεικτικό εν ισχύ, το οποίο πιστοποιεί επαρκώς την ασφαλιστική ικανότητα τόσο του άμεσα ωφελούμενου όσο και του γονέα/κηδεμόνα που υποβάλλει την αίτηση.
9. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι: 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.
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



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



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.

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.

Μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων ο φορέας θα προβεί στην επιλογή των ωφελούμενων με τη διαδικασία μοριοδότησης 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 διαδικασία επιλογής θα ακολουθήσει τα παρακάτω βήματα/στάδια:

- 1) **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.** Στο στάδιο αυτό, εκπονείται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται από την Επιτροπή Επιλογής ως πλήρεις (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές.
- 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 καταταγούν/επιλεγούν βάσει των 5 προαναφερομένων κριτηρίων επιλογής:

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



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



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

\* Προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2020 ορίζεται σε 5.266 € 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 14 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.

3) **Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.** Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή εκδίδει σχετική απόφαση με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επιλογής, περιγράφοντας επίσης τις επιμέρους εργασίες/στάδια που πραγματοποιήθηκαν. Κατόπιν ο φορέας θα προβεί σε όλες τις απαραίτητες διαδικασίες δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων και ενημέρωσης των ωφελουμένων. Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχών από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του φορέα, η Επιτροπή δύναται να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης.

4) **Μη κάλυψη θέσεων.** Σε περίπτωση με κάλυψης των θέσεων, η πρόσκληση παραμένει ανοικτή μέχρι την πλήρωση αυτών. Οι νέες αιτήσεις θα αξιολογούνται σε εβδομαδιαία βάση με την παραπάνω διαδικασία.

### **ΠΡΟΣΟΧΗ!**

Δικαίωμα συμμετοχής στην Παρούσα Πρόσκληση στο πλαίσιο της πράξης «ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ», με κωδικό MIS 5002654, έχουν όλα τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα **Άτομα με Αναπηρίες και συγκεκριμένα με Αυτισμό** προσχολικής ηλικίας. Αποκλείονται της συμμετοχής όσοι δεν μπορούν να πιστοποιήσουν ότι ανήκουν στην προαναφερόμενη Ευπαθή Κοινωνική Ομάδα.