



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(Ε.Ε.Π.Α.Α.)**

ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: Αθηνάς 2

ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ: 10551 Αθήνα

10682 - Αθήνα

Πληροφορίες: Στέφου Ελισσάβετ

ΤΗΛ.: 210 3216550

Fax : 210 3216549

mail: gspap@autismgreece.gr

site : www.autismgreece.gr

Αθήνα, 07 Ιουνίου 2021

Αρ.πρωτ.: 103

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Ωφελούμενων στο Οικοτροφείο για ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ II», της Ε.Ε.Π.Α.Α.»

Η Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, στο πλαίσιο υλοποίησης του έργου ««Οικοτροφείο για δεκαπέντε (15) ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ II» της Ε.Ε.Π.Α.Α.» με Κωδικό ΟΠΣ 5045650, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ 2014-2020» του ΕΣΠΑ, ΑΞ09Β-«Πρώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας»,

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού (στο εξής καλούμενοι «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση πλήρωσης θέσεων ωφελούμενων, συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διαβίωσης, σε ενήλικα χρονίως πασχόντων άτομα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος, σε συνθήκες προστατευμένης διαβίωσης, στο Οικοτροφείο «ΑΡΙΑΔΝΗ II», της Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.), που λειτουργεί, επί της οδού επί της οδού Ελαιώνων 41, στην περιοχή Ελαιώνων Πυλαίας Θεσσαλονίκης.

Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παροχή υπηρεσιών διαβίωσης, σε δεκαπέντε (15) ωφελούμενους, η οποία περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, τα κατωτέρω:

1. Τη διαμονή και τη διατροφή τους



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



2. Τη μεταφορά τους προς και από το Οικοτροφείο με λεωφορείο του φορέα
3. Τη Φαρμακευτική Αγωγή, η οποία ρυθμίζεται ή τροποποιείται ανάλογα με την ψυχοπαθολογία των ενοίκων, από τον Σύμβουλο Ψυχίατρο σε συνεργασία με τον Επιστημονικό Υπεύθυνο και την ομάδα των εκπαιδευτών/θεραπευτών. Την τελική ευθύνη έχει ο ψυχίατρος ή ο γιατρός που υπογράφει την φαρμακευτική αγωγή
4. Την Εκπαίδευσή τους σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, η οποία θα γίνεται σε εξατομικευμένη βάση ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ωφελούμενου.
5. Την Ψυχολογική Στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους, μετά από τη διερεύνηση των ατομικών αναγκών του κάθε ωφελούμενου και της οικογένειάς του
6. Την Επαγγελματική τους εκπαίδευση και απασχόληση, εφόσον η ικανότητά τους το επιτρέπει.
7. Την Συμμετοχή τους σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης,
8. Την Συμμετοχή τους σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, με οργάνωση ψυχαγωγικών και άλλων δραστηριοτήτων δημιουργικής απασχόλησης.
9. Την Συνεχή αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογων ερευνητικών δραστηριοτήτων.
10. Την Ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας της ψυχικής υγείας των αυτιστικών ατόμων που φιλοξενούνται.
11. Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις διαταραχές αυτιστικού τύπου.

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται σε 24ωρη βάση.

Β. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση (επισυνάπτεται). Η αίτηση υποβάλλεται από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του (δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ή ασκούντα την επιμέλειά του).
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (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 Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.
4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
5. Έγγραφο πιστοποίησης της αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης 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 χρονίως πασχόντων.
8. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας
9. Βεβαίωση ΑΜΚΑ.



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



10. Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του Οικοτροφείου. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.

11. Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΜΨΥ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 4 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
- Οικογενειακή κατάσταση

1) 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
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	30
	Ασφαλισμένος/η	10
3. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ ή χρόνιος πάσχων στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



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

- 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 ωφελούμενων 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.autismgreece.gr).
- 4) Στη συνέχεια, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων στις στην ιστοσελίδα του φορέα.

Δ. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

Η Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος θα παραμείνει ανοικτή έως ότου συμπληρωθεί ο αριθμός των ωφελούμενων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν ταχυδρομικώς ή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς στα γραφεία της Ε.Ε.Π.Α.Α., που λειτουργεί, επί της οδού Αθηνάς 2 στην Αθήνα, ΤΚ 10551 .

Για τη διευκόλυνση των ενδιαφερομένων και λόγω φόρτου εργασίας των δημόσιων υπηρεσιών, που εκδίδουν τα αναφερόμενα δικαιολογητικά, κατά την περίοδο των περιοριστικών μέτρων κυκλοφορίας (COVID-19), δύναται η υποβολή υπεύθυνης δήλωσης από τον κηδεμόνα για την ακρίβεια των στοιχείων των δικαιολογητικών και έως ότου εκδοθούν τα εν λόγω πιστοποιητικά από τις καθ' ύλην αρμόδιες υπηρεσίες.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από την Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.), στην έδρα της επί της οδού Αθηνάς 2, 10551 Αθήνα, στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, στη Δ/ση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και αναρτάται στην ιστοσελίδα του φορέα (www.autismgreece.gr) και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.με.Α.



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα Ελισσάβη Στέφου στα τηλ.: 210 3216550, fax: 210 3216549, e-mail: gspap@autismgreece.gr, από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 07:00-13:00.

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

**Ο νόμιμος εκπρόσωπος
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΜΟΥΤΣΗΣ**

Συνημμένα Πρόσκλησης:
Αίτηση συμμετοχής