



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Αττικής



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΕΙΔΙΚΕΣ  
ΑΝΑΓΚΕΣ «Η ΑΜΥΜΩΝΗ»**

**Ελληνικό, Δευτέρα 13 Δεκεμβρίου 2021  
Α.Π.: 568**

Διεύθυνση.: Πρώην Αμερικάνικη Βάση, Λ. Βουλιαγμένης

Τ.Κ: 16777, Τ.Θ: 73842

Πληροφορίες: Διονυσία Βασιλάρα

Τηλέφωνο: 2109631441, 210 9605426

Fax: 2109632549

Email: [socialservices@amimoni.gr](mailto:socialservices@amimoni.gr)

[info@amimoni.gr](mailto:info@amimoni.gr)

**1<sup>η</sup> Τροποποίηση Πρόσκλησης Ενδιαφέροντος ως προς την  
καταληκτική ημερομηνία υποβολής αιτήσεων και  
ανακοίνωσης αποτελεσμάτων της Πρόσκλησης με ΑΠ 549/2-  
12-2021**

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Προβλήματα Όρασης και Πρόσθετες Ειδικές Ανάγκες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ», στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020, Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2014 - 2020», Άξονας Προτεραιότητας 09 «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας – ΕΚΤ», λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «Κέντρο Δημέρευσης/Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία – Μικτό Κέντρο Δημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες «ΙΡΙΣ», του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» με Κωδικό ΟΠΣ 5002527 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020»,

## ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με προβλήματα όρασης και πρόσθετες ειδικές ανάγκες (στο εξής καλούμενοι «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση **για την πλήρωση μίας (1) κενής θέσης** ωφελούμενου, συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας στο Μικτό Κέντρο Διημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες «ΙΡΙΣ», του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Προβλήματα Όρασης και Πρόσθετες Αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» που λειτουργεί, στην Πρώην Αμερικάνικη Βάση, Λ. Βουλιαγμένης στο Ελληνικό.

### Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παροχή υπηρεσιών διημέρευσης - ημερήσιας φροντίδας σε **εικοσιπέντε (25)** ωφελούμενους η οποία θα περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, τα κατωτέρω:

- Τη μεταφορά τους προς και από το Κέντρο με τα σχολικά λεωφορεία του φορέα
- Τη διαμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα)
- Πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες και το εξατομικευμένο πρόγραμμα του κάθε ωφελούμενου
- Την παροχή ατομικής ή/και ομαδικής προσαρμοσμένης άσκησης (προσαρμοσμένη φυσική αγωγή)
- Την εκπαίδευση τους στην εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- Τη δημιουργική απασχόλησή τους και την παροχή δραστηριοτήτων κοινωνικοποίησης
- Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης.

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται σε εργάσιμες ημέρες (Δευτέρα έως Παρασκευή) για 8 ώρες ημερησίως (ωράριο λειτουργίας Κέντρου 07:00-16:00) για κάθε ωφελούμενο περιλαμβανομένου του χρόνου της μεταφοράς από και προς το Κέντρο. Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους ορίζεται από 01/09/2017 έως 30/06/2023.

### 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). Ειδικότερα, για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περιθαλψής και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τους, την αίτηση δύναται να την υποβάλει ο νόμιμος εκπρόσωπος του αρμοδίου φορέα, συνοδευόμενη από σχετική απόφαση υποβολής αίτησης του αρμοδίου οργάνου του ιδρύματος.
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 ή εκτύπωση ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος, εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το φορολογικό έτος 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. Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εφόσον το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η.
7. Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας 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 ΑμεΑ.
8. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας.
9. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ωφελούμενου και βεβαίωση ΑΜΚΑ ή ΑΔΤ νόμιμου κηδεμόνα/εκπροσώπου.
10. **Πιστοποιητικό πλήρους εμβολιασμού** κατά της COVID-19 ή **της πρώτης δόσης** (*Η παραμονή στο Κέντρο γίνεται με την προϋπόθεση ότι ολοκληρώνεται ο εμβολιαστικός κύκλος, σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες και στον προβλεπόμενο χρόνο, τηρουμένων των οδηγιών εμβολιασμού, ανά ηλικιακή ομάδα, όπως αυτές έχουν καθοριστεί από την αρμόδια Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών*) ή **πιστοποιητικό νόσησης εντός έξι (6) μηνών από τη νόσηση ή εξαίρεση από τον εμβολιασμό από την αρμόδια επιτροπή της υγειονομικής περιφέρειας** των ατόμων με αναπηρία που αποδεδειγμένοι λόγοι υγείας εμποδίζουν τη διενέργειά του σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην υπ.αρ.Δ1α/Γ.Π.οικ.50993/2021 (ΦΕΚ 3794, τ.Β') ΚΥΑ και στην παράγραφο 4 του άρθρου 206 του Ν.4820/2021 (ΦΕΚ. 181 τ.Α' ο Νόμος 4839/2021)
11. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα / εκπροσώπου (επισυνάπτεται), που να αναφέρει ότι:
  - 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
  - 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.
11. 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 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.

- 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 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.

### Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

- Τύπος πλαισίου διαμονής (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο)
- Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου
- Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα (στο εισόδημα δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα)
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εργασιακή κατάσταση του γονέα/νόμιμου κηδεμόνα

1) Αναλυτικά τα κριτήρια επιλογής των ωφελούμενων ατόμων και η μοριοδότησή 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. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20
	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας	10
	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12

4. Οικογενειακή κατάσταση	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 5.269 € ετησίως ανά μονοπρόσωπο νοικοκυριό και σε 11.064€ για νοικοκυριά με δυο ενήλικες και δυο εξαρτώμενα παιδιά κάτω των 14 ετών.

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. Σε περίπτωση ισοβαθμίας, για την οριστική κατάταξη και επιλογή των ωφελούμενων, μοναδικό κριτήριο επιλογής θα είναι η τήρηση σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου που έχουν λάβει οι δυνητικοί ωφελούμενοι.
- 3) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων με ανάρτηση του σχετικού προσωρινού πίνακα αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα ([www.amimoni.com](http://www.amimoni.com)) τη Παρασκευή 17/12/2021.

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την Τετάρτη 22/12/2021 και ώρα 12:00 μ.μ.

Στη συνέχεια και μετά τη διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων στις 23/12/2021 στην ιστοσελίδα του φορέα.

#### Δ. 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 Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» που

**λειτουργεί στην Πρώην Αμερικάνικη Βάση Λ. Βουλιαγμένης στο Ελληνικό, από την Παρασκευή 03/12/2021 μέχρι και την Πέμπτη 16/12/2021.**

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 του ταχυδρομείου δεν λαμβάνεται υπόψη εφόσον οι αιτήσεις παραληφθούν εκπρόθεσμα μετά την καταληκτική ημερομηνία.

#### **Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ**

Η παρούσα διατίθεται στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» που λειτουργεί στην Πρώην Αμερικάνικη Βάση Λ. Βουλιαγμένης στο Ελληνικό, στην ιστοσελίδα του φορέα ([www.amimoni.com](http://www.amimoni.com)), στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων της Περιφέρειας Αττικής, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας Αττικής και τα παραρτήματά του, σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, στη Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.με.Α.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα Βασιλάρα Διονυσία στα Τηλ. Επικοινωνίας: 2109631441, 2109605426 & 2109632283 ή στο EMAIL: [info@amimoni.gr](mailto:info@amimoni.gr), από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 09:00 - 15:00.

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

**Η νόμιμη εκπρόσωπος ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΠΕΛΛΟΥ**

#### **Συνημμένα Πρόσκλησης:**

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Υπ. Δηλώσεις του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986