



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΡΟΣ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ «ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ - ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑμεΑ του ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ - Ο ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ»

Το Σωματείο «ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ - Ο ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ», στο πλαίσιο της υλοποίησης της έργου «ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ-ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑμεΑ του ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ» της Πράξης «Δράση: ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ -ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ» στο πλαίσιο του Άξονα Προτεραιότητας 5 (Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας στην Κρήτη), που συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, του Ε.Π. «ΚΡΗΤΗ» 2014-2020.

προσκαλεί τους ενδιαφερόμενους να καταθέσουν ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ για την κάλυψη δύο (2) κενών θέσεων στο πρόγραμμα του

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

Δύνανται να υπαχθούν στο πρόγραμμα άτομα με Νοητική Υστέρηση που κατοικούν στο Ηράκλειο και την ευρύτερη περιοχή του.

Σημειώνεται ότι οι δύο (2) κενές θέσεις των δυνητικά ωφελουμένων θα καλυφθούν από αιτήσεις των δικαιούχων σύμφωνα με την βαθμολογική τους κατάταξη. Η παροχή των υπηρεσιών προβλέπεται να παρέχεται έως τις 03-09-2023.

Ο συνολικός αριθμός των εξυπηρετούμενων ανέρχεται στα 25 άτομα και το ωράριο λειτουργίας είναι: 07:00' - 15.00'.

Ειδικότερα:

07:00' - 08.45' μεταφορά ωφελουμένων στο Κέντρο
08.45' - 13.00' διημέρευση και ημερήσια φροντίδα και
13.15' - 15.00' μεταφορά ωφελουμένων από το Κέντρο

Τονίζεται ότι οι ωφελούμενοι του Κέντρου δεν θα λαμβάνουν 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 δεν θα λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής τους στην Πράξη.

Το Κέντρο παρέχει υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής, που περιλαμβάνουν την εκτίμηση αναγκών, αξιολόγηση, εκπόνηση εξατομικευμένου σχεδίου εκπαιδευτικών-θεραπευτικών παρεμβάσεων, εκπαίδευση σε κοινωνικές και ατομικές δεξιότητες και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής φροντίδας, και υποστήριξης του ατόμου καθώς και για τις οικογένειες τους.

Ειδικότερα:

- Τη μεταφορά των ωφελουμένων προς και από το Κέντρο, με μεταφορικό μέσο του δικαιούχου.
- Την ημερήσια παραμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα).



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης
(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)



- Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής που έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ΑμεΑ με νοητική υστέρηση (εργοθεραπείας, φυσικοθεραπείας, ειδικής αγωγής, ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά.) βάσει του εξατομικευμένου προγράμματος του κάθε ωφελούμενου.
- Την παροχή ατομικής ή και ομαδικής άσκησης
- Την εκπαίδευση τους στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- Τη δημιουργική απασχόληση τους και δραστηριότητες κοινωνικοποίησης τους
- Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης

Οι υπηρεσίες αυτές θα παρέχονται σε καθημερινή βάση από ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, αποσκοπώντας στην καλλιέργεια βασικών «κοινωνικών» δεξιοτήτων και εκμάθηση συμπεριφορών, οι οποίες δεν αποτελούν για τα συγκεκριμένα άτομα αυτόνομα στοιχεία της καθημερινής ζωής.

Για την εγγραφή υποβάλλονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ η οποία χορηγείται από το Κέντρο
- Πρωτότυπα ή αντίγραφα δικαιολογητικά που τη συνοδεύουν

Η τελική επιλογή γίνεται από την ειδική επιτροπή εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των ωφελουμένων, η οποία ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Σωματείου «ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ – Ο ΑΓΙΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ», σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Ίδρυμα κλειστής περιθάλψης, 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 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
	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. Σύμφωνα με το από 22-06-2021 σχετικό δελτίο τύπου της ΕΛΣΤΑΤ, αυτό, ορίζεται στο ποσό των 5.266 ευρώ ετησίως ανά μονοπρόσωπο νοικοκυριό, 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, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και της εισφοράς και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

Από τη διαδικασία μοριοδότησης προκύπτει λίστα κατάταξης των υποψηφίων με σειρά προτεραιότητας.

Επιλέγονται τα άτομα έως τη συμπλήρωση του αριθμού των διαθέσιμων θέσεων.

Η ανάρτηση του οριστικού πίνακα θα γίνει στην ιστοσελίδα του Κέντρου: www.agiospiridon.gr



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης
(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)



Η υποβολή Αίτησης από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή από το νόμιμο εκπρόσωπό του, συνοδεύεται από τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά:

1. 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.
2. Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος για το οικονομικό έτος 2020, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση (μέσω του gov.gr) σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
3. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, σε ισχύ.
4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
5. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.
6. 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 σε ισχύ.
7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).
8. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
 - 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.
9. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
 - ο 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.
 - ο 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 1, 2, 4 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής συνοδευόμενη από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, με έναρξη την Πέμπτη 05-08-2021, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες από 09:00' έως 12:00' στο χώρο της δομής, είτε εναλλακτικά μέσω courier ή ταχυδρομείου, σε κάθε περίπτωση μετά από τηλεφωνική επικοινωνία στα τηλ. 2810 236987 & 6945 908721.

Καταληκτική ημερομηνία παραλαβής των αιτήσεων είναι η Πέμπτη 19 Αυγούστου 2021



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης
(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)



ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από το «Κέντρο Ειδικών Παιδιών – ο Άγιος Σπυρίδων», αναρτάται δε στην ιστοσελίδα του Κέντρου, στη διεύθυνση www.agiospiridon.gr καθώς επίσης και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.

Επιπλέον, η παρούσα διατίθεται από τον φορέα στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων της περιοχής παρέμβασης και της Περιφέρειας Κρήτης, στα Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης της Π.Ε. Ηρακλείου, στη Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν είτε τηλεφωνικά να επικοινωνήσουν με το «Κέντρο» (2810 236987 & 6945 908721), είτε μέσω e – mail: info@agiospiridon.gr

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

[Πρόσκληση](#)

[Αίτηση συμμετοχής ωφελουμένου](#)

[Παράρτημα 1](#)

[Παράρτημα 2](#)

[Παράρτημα 3](#)



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης
(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)

