

Προς Κοινωνική Υπηρεσία

Αποστολέας: Costas Boutsis <boutsiscostas@gmail.com>

Προς: protokolo@nikaia-rentis.gov.gr, koinoniki_politiki@nikaia-rentis.gov.gr

Ημερομηνία: 1/23/2024 17:19

Δ/ση Κοιν. Υπηρεσίας
Απαδέξο Κοιν. Υπηρεσίας
Ανε. Γρ. Ένω. Ξ. Δύμ. Σχέσεων
24/11/2024
Θεολόγου Αικατερίνη

Καλησπέρα σας,

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προγράμματος και τις οδηγίες της ΕΥΔΕΠ Αττικής σας αποστέλλουμε το παρόν, προς ενημέρωση και ανάρτηση στον ιστότοπό σας.

Παρακαλώ όπως βρείτε συνημμένα την ανακοίνωση, την αίτηση συμμετοχής καθώς και την Υπεύθυνη Δήλωση προς συμπλήρωση, σχετικά με την νέα μας πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, του προγράμματος με κωδικό ΟΠΣ 6003510.

Σας ευχαριστώ,

Στην διάθεσή σας,

--

 This image cannot be displayed.

Boutsis Konstantinos | Economist |

| plOes | Psychosocial Research Organisation

| Drapetsona, Piraeus, 33 M. Botsari, 18648

| +302104635391 | www.ploes.org.gr

ΔΗΜΟΣ ΝΙΚΑΙΑΣ - ΑΓ. Ι. ΡΕΝΤΗ
Αριθμ. Γεν. Πρωτ.: 2443
Ελήφθη την: 24/11/2024

Συνημμένα:

- Υπεύθυνη Δήλωση ΚΛΗΦ ΑΥΤ-ΝΟΗΤ.doc
- ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ.doc
- 1η Πρόσκληση ΚΗΜΑ.doc



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Μελετών (Ε.ΨΥ.ΜΕ.)						
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ο υπογράφων ως άμεσα ωφελούμενος ή νόμιμος εκπρόσωπος/κηδεμόνας/της.....
..... δηλώνω υπεύθυνα ότι ο ωφελούμενος

1. 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
2. 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.

Ημερομηνία:20.....

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΛΗΠΙΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στην πράξη «ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ», με κωδικό MIS 6003510.

Ημερομηνία:..... Αριθ.Πρωτ.:..... (συμπληρώνεται από το φορέα)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑμεΑ (ΓΟΝΕΑΣ/ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ/ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ)						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ					Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ				ΔΗΜΟΣ	ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ				ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.
ΤΗΛΕΦΩΝΟ			FAX			e-mail

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η)						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ					Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	
ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΦΥΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ)	ΝΑΙ / ΟΧΙ					
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ Αμεα ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ / ΟΧΙ					
ΠΑΛΙΟΣ Ή ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ	ΠΑΛΙΟΣ / ΝΕΟΣ					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ				ΔΗΜΟΣ	ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ				ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό
Πρόγραμμα
«ΑΤΤΙΚΗ»

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

FAX

e-mail

ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
Ή ΔΟΜΗΣ

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ

Τίθεται X σε ό,τι
υποβάλλεται
συνημμένα

ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΜΕΣΑ/ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ

1	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ Ή ΚΑΡΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΑΝ Ο ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΚΑΙ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΕΝ ΙΣΧΥ.	
2	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2022 Ή ΣΧΕΤΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ	
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ, ΕΝ ΙΣΧΥ	
4	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, ΕΝ ΙΣΧΥ	
5	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ/Α ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ/ΤΟΥΣ, ΕΝ ΙΣΧΥ, ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΑΛΛΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΑμεΑ	
6	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ ΚΑΙ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΦΑΙΝΕΤΑΙ Η ΕΝ ΙΣΧΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ.	
7	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘ.8 ΠΑΡ.4 ΤΟΥ Ν.1599/1986 ΟΤΙ ΤΟ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΔΟΜΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ.	
8*	Α) ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ/ΚΚΠΠ, κ.α. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Β) ΕΚΘΕΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΔΗΦ.	

*ΑΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ΚΚΠΠ, κ.α.

Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής ΈνωσηςΠεριφερειακό
Πρόγραμμα
«ΑΤΤΙΚΗ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών του αναφερόμενου στην Αίτηση ατόμου, από τη Δομή σας, Κέντρου Δημέρευσης-Ημερίσιας φροντίδας, ή λοιπά Κέντρα, για ΑμεΑ.

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για τον σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(υπογραφή)



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό
Πρόγραμμα
«ΑΤΤΙΚΗ»

1^η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ (Ε.ΨΥ.ΜΕ.) στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2021-2027, Πρόγραμμα «ΑΤΤΙΚΗ 2021-2027», προτεραιότητα 4B – Προώθηση της περιφερειακής κοινωνικής συνοχής μέσα από την ενίσχυση των μηχανισμών και υπηρεσιών για την στήριξη του ανθρώπινου δυναμικού, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της υγειονομικής περίθαλψης, της κοινωνικοοικονομικής ένταξης, της ισότητας των ευκαιριών και την αντιμετώπιση κινδύνων φτώχεια, με τη συμμετοχή του ΕΚΤ+, Δράση 4.11.10.1.- Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας [ΚΔΗΦ] Ατόμων με Αναπηρία, λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης «**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**», με κωδικό MIS 6003510

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με αυτισμό ηλικίας 15 έως 40 ετών (στο εξής θα καλούνται «ωφελοούμενοι») να υποβάλλουν αίτηση με σκοπό την κάλυψη **τριών** κενών θέσεων στο πλαίσιο της πράξης «**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**», με κωδικό MIS 6003510.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΤΟΠΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ
1. Κέντρο Δημέρευσης - Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με αυτισμό	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	8 Άτομα (5 νήπια και 3 άτομα 15-40 ετών)	Δευτέρα - Παρασκευή 8:00-16:00	23 μήνες	Δήμος Κερατσινίου-Δραπετσώνας

Αιτήσεις συμμετοχής θα γίνονται στα γραφεία της Ε.ΨΥ.ΜΕ. από τη Τετάρτη 24/1/2024 έως την Τρίτη 30/01/2024 και ώρες 09:00 – 15:00.



Η επιλογή των άμεσα ωφελουμένων θα γίνει σύμφωνα με τα κριτήρια και τις διαδικασίες που ορίζονται στην πρόσκληση υποβολής προτάσεων ΑΤΤ029 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 ή Κάρτα Αναπηρίας. 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 Φορολογικό έτος 2022, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ, για τουλάχιστον μία πάθηση από τις αναφερόμενες στην υπ' αρ. οικ. 47305/12.12.2018 (Β' 5571) κοινή υπουργική απόφαση, όπως ισχύει, ή με συνολικό ποσοστό αναπηρίας ίσο ή μεγαλύτερο από 67%.
5. Ειδικώς οι ανήλικοι, μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη την υποβολή ηλεκτρονικού εισηγητικού ιατρικού φακέλου για την έκδοση πιστοποίησης αναπηρίας από το ΚΕ.Π.Α. ή με μόνη την εγκριτική ηλεκτρονική ιατρική γνωμάτευση ειδικών θεραπειών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..
6. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ).
7. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/ανάδοχος/επίτροπος/δικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.
8. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελουμένου ή του νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ και αποδεικτικό ασφαλιστικής ικανότητας.
9. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:
 - α) 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
 - 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 που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας:
 - Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας 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 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 μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 5 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του φορέα.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



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 (μονάδα κλειστής φροντίδας, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο).
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου.
3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα.
4. Οικογενειακή κατάσταση.

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 4 προαναφερόμενων κριτηρίων επιλογής:

Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Μονάδα κλειστής φροντίδας	30
	ΣΥΔ	20
	Ατομική/ οικογενειακή κατοικία	10
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	20
	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
4. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλος μονογονεϊκής οικογένειας ή ορφανό άτομο με αναπηρία	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8

* Το όριο της φτώχειας προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2022 ορίζεται σε 5.712 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά. Το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας προκύπτει μετά τη διáιρησή του συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος με το ισοδύναμο μέγεθος της οικογένειας. Το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού υπολογίζεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και μέλη 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά 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 των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης που λαμβάνεται από όλα τα μέλη του νοικοκυριού και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΠΡΟΣΟΧΗ!

Δικαίωμα συμμετοχής στην Παρούσα Πρόσκληση στο πλαίσιο της πράξης «ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ», με κωδικό MIS 6003510, έχουν όλα τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα **Άτομα με Αναπηρίες και συγκεκριμένα με Αυτισμό** ηλικίας 15 έως 40 ετών και προσχολικής ηλικίας. Αποκλείονται της συμμετοχής όσοι δεν μπορούν να πιστοποιήσουν ότι ανήκουν στην προαναφερόμενη Ευπαθή Κοινωνική Ομάδα.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

