



## ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΙΟ Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού

Διεύθυνση : Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής, ΤΚ 14441

Τηλ. 210-2826913, 210-2825622

E-mail :ike@otenet.gr [www.kasp.gr](http://www.kasp.gr)

Αθήνα, 21/01/2019

Αρ. Πρ.: 22

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

**ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** 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 **«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ»**, με κωδικό ΟΠΣ 5002481

### Π Ρ Ο Σ Κ Α Λ Ε Ι

άτομα με αναπηρία (εγκεφαλική παράλυση και συνοδά προβλήματα) ηλικίας 2.5 έως 12 ετών (στο εξής θα καλούνται «ωφελοούμενοι») να υποβάλλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα:

| ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ                                                                                          | ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ                                                                                                                                                                                                                                                | ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ | ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ                 | ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ | ΤΟΠΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. Κέντρο Δημέρευσης και ημερήσιας Φροντίδας για παιδιά με εγκεφαλική παράλυση και συνοδά προβλήματα | Μεταφορά, διατροφή (πρόχειρο γεύμα), ειδική αγωγή, ατομική ή/και ομαδική άσκηση, εκπαίδευση αυτοεξυπηρέτησης, εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, δημιουργική απασχόληση, δραστηριότητες κοινωνικοποίησης, προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης, κτλ | 30<br>Άτομα         | Δευτέρα - Παρασκευή<br>07:00-15:00 | Τρία (3) έτη               | Δήμος Μεταμόρφωσης |





## ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΙΟ Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού

Διεύθυνση : Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής, ΤΚ 14441

Τηλ. 210-2826913, 210-2825622

E-mail :ike@otenet.gr [www.kasp.gr](http://www.kasp.gr)

### ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

**1.** Αίτηση συμμετοχής (επισυνάπτεται) Η αίτηση υποβάλλεται από τον νόμιμο εκπρόσωπό του (δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ή ασκούντα την επιμέλειά του). Ειδικότερα, για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης 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 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 2017 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.

**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).

**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





## ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΕΙΟ Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού

Διεύθυνση : Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής, ΤΚ 14441

Τηλ. 210-2826913, 210-2825622

E-mail :ike@otenet.gr [www.kasp.gr](http://www.kasp.gr)

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 την διαβίωσή του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για την συμμετοχή του στην πράξη, θα προσκομίσει στον 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 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.

Κατόπιν της λήξης της διαδικασίας 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 γίνει με βάση την μοριοδότηση των ακόλουθων κριτηρίων:





## ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΕΙΟ Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού

Διεύθυνση : Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής, ΤΚ 14441

Τηλ. 210-2826913, 210-2825622

E-mail :ike@otenet.gr [www.kasp.gr](http://www.kasp.gr)

| 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 |
| 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. Αυτό για το έτος 2017 ορίζεται σε 4.560 € 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 13 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.

### ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας, που λειτουργεί, στη Μεταμόρφωση, Ηροδότου 1, Τ.Κ. 144 51, στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφέρειας Αττικής, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας Αττικής και τα παραρτήματά του, σε δημόσιους και ιδιωτικούς





## **ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΕΙΟ Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού**

Διεύθυνση : Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής, ΤΚ 14441

Τηλ. 210-2826913, 210-2825622

E-mail : [ike@otenet.gr](mailto:ike@otenet.gr) [www.kasp.gr](http://www.kasp.gr)

φορείς παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, στην ιστοσελίδα του φορέα ([www.kasp.gr](http://www.kasp.gr)) και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα Καλαμπόκη Παναγιώτα στα τηλ.: 2102826913, 2102825622, fax 2102812782, e-mail: [ike@otenet.gr](mailto:ike@otenet.gr) από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 09:00-15:00.

### **Η ΠΡΑΞΗ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ**

**(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)**

**Ο νόμιμος εκπρόσωπος  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΑΣ**

#### **Συνημμένα Πρόσκλησης:**

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

