



**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ**

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ  
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : Λ. Ειρήνης 11<sup>Α</sup> Λαμία  
ΤΚ. 35100

Πληροφορίες :

Κρέτσης Χρήστος (υπεύθυνος έργου)

Τηλέφωνα : 2231030326 2231066623

Fax : 2231067709

Email : [akiskretsis@yahoo.gr](mailto:akiskretsis@yahoo.gr) / [sylogosamea.lamia@yahoo.gr](mailto:sylogosamea.lamia@yahoo.gr)

Αρ. Πρωτ. 211  
Λαμία 4/11/2021

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**Ο Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία Ν. Φθιώτιδας**, λειτουργώντας ως δικαιούχος της εγκεκριμένης Πράξης «ΣΥΔ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΜΕΑ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ 1 ΔΟΜΗΣ 4 ΑΤΟΜΩΝ & ΙΔΡΥΣΗ ΜΙΑ ΝΕΑΣ ΔΟΜΗΣ 4 ΑΤΟΜΩΝ» με Κωδικό ΟΠΣ 5131970 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα 2014-2020»

**ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ Άτομα με Αναπηρία**

(στο εξής καλούμενοι «ωφελούμενοι»), Γονείς, Κηδεμόνες και Δικαστικούς Συμπαρασάτες

να υποβάλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση οκτώ (8) ωφελούμενων που βρίσκονται εντός Π.Ε. Φθιώτιδας, για είκοσι πέντε (25) μήνες, στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης για άτομα με αναπηρίες, του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων Α. με Α. Ν. Φθιώτιδας που λειτουργούν, στην οδό Κατσόγιαννου Ροδίτσας και



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεας Ελλάδος



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

στην οδό Φιτσιού και Γαλανού στα Γαλανείικα, δυναμικότητας τεσσάρων (4) Α. με Α. η κάθε μία.

## ΣΤΟΧΟΙ

Στόχοι είναι ανά στέγη και συνολικά για 8 άτομα η υλοποίηση των παρακάτω υπηρεσιών/δράσεων:

α) την παροχή προς τους επωφελούμενους ενοίκους υπηρεσιών υποστήριξης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 5 της υπ' αριθμ. Δ12/ΓΠ.οικ.13107/283/20-03-2019 ΚΥΑ.

Αυτές περιλαμβάνουν:

- i. υπηρεσίες διαβίωσης και φροντίδας, (διαμονή, διατροφή, μέριμνα για πρόσβαση σε ιατρική και νοσοκομειακή φροντίδα, όποτε απαιτείται, μετακίνηση, κτλ), και, παράλληλα,
- ii. υπηρεσίες οι οποίες εστιάζονται σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας, κοινωνικοποίησης και σύνδεσης με την κοινότητα, κατάρτισης και αξιοποίησης δυνατοτήτων προς επίτευξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης, συμπεριλαμβανόμενης της αύξησης των δυνατοτήτων πρόσβασης στην εργασία.

Η διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών είναι για είκοσι πέντε (25) μήνες ή από 1-12-2021 μέχρι 31-12-2023.

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 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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

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 2020, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.

4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.

5. Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ ή βεβαίωση ανεργίας από ΟΑΕΔ, εφόσον το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η.

6. 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.

7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (εφόσον υπάρχει)

8. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.

9. Βεβαίωση ΑΜΚΑ του ωφελούμενου και του νόμιμου κηδεμόνα / εκπροσώπου

10. 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 τη ΣΥΔ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και

- δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλη ΣΥΔ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

12. Απόφαση δικαστικής συμπαράστασης (εφόσον υπάρχει).

13. Πιστοποιητικό εμβολιασμού ή βεβαίωση νόσησης εξαμήνου ή βεβαίωση εξαίρεσης από εμβολιασμό της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής 5<sup>ης</sup> ΥΠΕ.

14. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, ΣΥΔ 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 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 της ΣΥΔ. 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,ΣΥΔ 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.

#### ΕΠΙΛΟΓΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

Κατόπιν της λήξης της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων ο Σύλλογος 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.



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεας Ελλάδος



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

5. Εργασιακή κατάσταση του γονέα/νόμιμου κηδεμόνα.

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 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 ωφελουμένων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα καταγούν/επιλεγούν βάσει των 5 προαναφερομένων κριτηρίων επιλογής:

Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, θεραπευτήρια / ΚΚΠΠ,/ ΣΥΔ κ.α.	40
	Οικογενειακού τύπου στεγαστικές δομές (ατομική/οικογενειακή κατοικία, ).	10
1. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	30
	Ασφαλισμένος/η	10
2. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20
	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας	10
3. 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
4. Εργασιακή κατάσταση του γονέα /νόμιμου κηδεμόνα	Άνεργος/η	10
	Εργαζόμενος/η	5



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεας Ελλάδος



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

\* Προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2020 ορίζεται σε € 5.269 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 και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα. Σε περίπτωση που κατά την ημερομηνία έκδοσης της πρόσκλησης από τη Δ.Α. έχουν δημοσιευτεί από την ΕΛΣΤΑΤ νέα επικαιροποιημένα στοιχεία, το κριτήριο προσδιορίζεται ανάλογα.

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

Για τη διαδικασία επιλογής ο Σύλλογος θα προβεί με σχετική απόφαση στη σύσταση σχετικής επιτροπής εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των συμμετεχόντων στην Πράξη, στην οποία συμμετέχει και ο Υπεύθυνος της πράξης/έργου.

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 ωφελουμένων 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.amea-lamia.gr](http://www.amea-lamia.gr)) στις 19/11/2021. Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την 27/11/2021 και ώρα 14:00 μ.μ. Στη συνέχεια, και μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελουμένων και επιλαχόντων στις 29/11/2021 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 Συλλόγου



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεας Ελλάδος



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία Ν. Φθιώτιδας που λειτουργεί, στην Λ. Ειρήνης 11<sup>Α</sup> Λαμία, **μέχρι τις 19/11/2021, ημέρα Παρασκευή και ώρα 14:00.**

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.

ΛΑΜΙΑ 4-11-2021

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ

ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΜΙΧΟΣ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Στερας Ελλάδος



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης