

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ**

**ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ**

**«ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΚΔΗΦ) Η ΜΕΡΙΜΝΑ»**

Το Θεραπευτικό Παιδαγωγικό Κέντρο Πατρών Ατόμων με Νοητική Υστέρηση «Η ΜΕΡΙΜΝΑ» έχοντας υπόψη:

1. Την με αριθμό 3131/27-07-2016 απόφαση του κ. Περιφερειάρχη Δυτικής Ελλάδας (ΑΔΑ:6Τ4Λ7Λ6-7ΣΩ) σχετικά με την υποβολή προτάσεων στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Δυτική Ελλάδα», Άξονας Προτεραιότητας 4 «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και των Διακρίσεων» - Πράξη: «Κέντρα Διημέρευσης - Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΗΦ)», ο οποίος συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.
2. Την με αριθμό 3991/26-09-2016 απόφαση του κ. Περιφερειάρχη Δυτικής Ελλάδας (ΑΔΑ:ΩΩΡΤ7Λ6-Ο6Λ) σχετικά με την ένταξη της Πράξης «Κέντρα Διημέρευσης - Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΗΦ) ‘Η ΜΕΡΙΜΝΑ’» με Κωδικό ΟΠΣ 5002014 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Δυτική Ελλάδα 2014-2020»

**ΚΑΛΕΙ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

Να δηλώσουν την πρόσθεσή τους να συμμετάσχουν υποβάλλοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά ως αυτά αναφέρονται κατωτέρω. Το ΚΔΗΦ της ΜΕΡΙΜΝΑΣ κατ’ αντιστοιχία των απαιτήσεων της σχετικής νομοθεσίας παρέχει 8ωρη διημέρευση μαζί με τη μεταφορά, σίτιση (δεκατιανό), το σύνολο των θεραπευτικών και εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων, φυσικοθεραπεία, κοινωνική εργασία σε ομάδες και ατομική ψυχοθεραπεία.

Επίσης, γυμναστική, μουσικοθεραπεία/μουσικοκινητική αγωγή καθώς και ημιαυτόνομη διαβίωση για την ενίσχυση της αυτονόμησης και αυτοεξυπηρέτησης των νέων υποψηφίων. Ο αριθμός των κενών προς πλήρωση θέσεων ανέρχεται σε πέντε (5) άτομα με αναπηρία Το πρόγραμμα θα παραταθεί μέχρι την 30η Νοεμβρίου 2023.

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά**

1. Αίτηση συμμετοχής, η οποία θα συνοδεύεται απαραίτητα από τα παρακάτω έγγραφα:
   1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. 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, εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2015, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση στην περίπτωση που δεν υποχρεούται.
   3. Αντίγραφο βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ
   4. Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
   5. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με την φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας/δικαστικός συμπαραστάτης) είναι άνεργος /η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.
   6. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με την φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας/δικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του / τους, εν ισχύ.
   7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ)
   8. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ.4 του Ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου / κηδεμόνα, που να αναφέρει ότι:
      1. Δεν λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (πχ ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην Πράξη και
      2. Δεν λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή / και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής τους την Πράξη.
   9. Σε περίπτωση ωφελουμένου από ίδρυμα / θεραπευτήριο / ΚΚΠΠ κ.α.:
      1. Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νομίμου εκπροσώπου του ιδρύματος / θεραπευτηρίου / ΚΚΠΠ κ.α. που να πιστοποιεί την διαβίωσή του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής τους 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.
      2. Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για τον βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα ΚΔΗΦ. Στην σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για την 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 1.1, 1.2, 1.4 και 1.7 δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νομίμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από απόφαση εξουσιοδότησης του αρμοδίου οργάνου του ιδρύματος.

**Η διαδικασία επιλογής έχει ως εξής:**

Μετά την λήξη της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων το Κέντρο θα προβεί στην επιλογή των ωφελουμένων με την διαδικασία μοριοδότησης βάσει των κατωτέρω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (‘ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο)
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελουμένου
3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα (στο εισόδημα δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα)
4. Οικογενειακή κατάσταση
5. Εργασιακή κατάσταση γονέα / νόμιμου κηδεμόνα.

Η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΚΡΙΤΗΡΙΑ** | **ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ** | **ΜΟΡΙΑ** |
| 1. Τύπος πλαισίου διαμονής | Ίδρυμα κλειστής περίθαλψης | 40 |
|  | Οικογενειακού τύπου στεγαστικές δομές (ατομική / οικογενειακή, ΣΥΔ) | 10 |
| 1. Ασφαλιστική ικανότητα | Ανασφάλιστος | 30 |
|  | Ασφαλισμένος | 10 |
| 1. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος | Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχιας | 20 |
|  | Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχιας | 10 |
| 1. Οικογενειακή κατάσταση | Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτών) | 12 |
|  | Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών | 12 |
|  | Τρίτεκνοι / πολύτεκνοι (άνω των δυο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου) | 8 |
| 1. Εργασιακή κατάσταση του γονέα / νόμιμου κηδεμόνα | Άνεργος /η | 10 |
|  | Εργαζόμενος /η | 5 |

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής το Κέντρο θα δημοσιοποιήσει τα αποτελέσματα της διαδικασίας επιλογής με την σχετική απόφαση.

Προθεσμία υποβολής αιτήσεων : Μέχρι την 31η Αυγούστου 2022

Υπεύθυνη Πράξης: Παρασκευή Κεφάλα, τηλέφωνο: 2610221946 εσωτ. 3