|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Windows\System32\config\systemprofile\Desktop\ΣΥΛΛΟΓΟΣ  ΚΔΑΠ\ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΣΥΛΛΟΓΟΥ.jpg**  **Σ Υ Λ Λ Ο Γ Ο Σ**  **ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ**  **ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ**  **ΑΡΓΙΛΟΣ ΚΟΖΑΝΗΣ**  **ΤΗΛ.: 2461039224**  **e.mail :autismkozani@yahoo.gr** | **Αριθ.πρωτ.: 41**  Άργιλος Κοζάνης, 11Σεπτεμβρίου 2024 |

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ  
ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΔΗΦ**

Το «Κέντρο Διημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας για Άτομα με Αναπηρία, με τον δ.τ. «Ταξιδευτές της Ελπίδας» του Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Αυτισμό Ν.Κοζάνης, στο πλαίσιο της σύμβασής του με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, βάσει της υπ.αριθμ. ΔΑ2Β/134/31606/12-03-2024 απόφασης Προϊστάμενου Διεύθυνσης Συμβάσεων,

**ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ**

τους ενδιαφερόμενους, γονείς ή κηδεμόνες ή δικαστικούς συμπαραστάτες ατόμων με αυτισμό-νοητική ή νοητική αναπηρία, να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας του ΚΔΗΦ ΑμεΑ του Συλλόγου για την πλήρωση κενών θέσεων ωφελούμενων, συνοδευόμενη από τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Το ωράριο λειτουργίας του Κέντρου είναι 06.00 – 14.00 και για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών του «Κέντρου Διημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας « ΤΑΞΙΔΕΥΤΕΣ ΤΗΣ ΕΛΠΙΔΑΣ», οι ωφελούμενοι του Κέντρου δεν θα πρέπει να λαμβάνουν αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που τους παρέχονται από το ΚΔΗΦ ΑμεΑ του Συλλόγου, από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΣΠΑ) κατά την περίοδο συμμετοχής τους και δεν θα πρέπει να 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.

**Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε άτομα με αναπηρίες, οι οποίες περιλαμβάνουν ενδεικτικά (ΦΕΚ1390,τ.Β’,9.3.2023):  
α. εκτίμηση αναγκών, εκπόνηση και εφαρμογή εξατομικευμένου πλάνου εκπαίδευσης, φροντίδας και αποκατάστασης, μεταξύ των οποίων υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης,  
β. εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και σε δεξιότητες καθημερινής ζωής, με ιδιαίτερη αναφορά σε εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας, στην υποστηριζόμενη λήψη απόφασης και σε προγράμματα σεξουαλικής αγωγής και υγείας, καθώς και στην προετοιμασία για την αυτόνομη υποστηριζόμενη διαβίωση.  
γ. ανάπτυξη και προαγωγή των επαγγελματικών/εργασιακών δεξιοτήτων, μεταξύ των οποίων επαγγελματικός προσανατολισμός και προεπαγγελματική κατάρτιση,  
δ. προώθηση στην απασχόληση και εργασιακή ένταξη, με τη χρήση κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων,  
ε. υποστηρικτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο,  
στ. παρασκευή γευμάτων και εστίαση των ωφελούμενων,  
ζ. ψυχαγωγικές, πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες,  
η. προγράμματα εκπαίδευσης, υποστήριξης και συμβουλευτικής των οικογενειών ή/και των φροντιστών,  
θ. προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινότητας για θέματα που αφορούν την αναπηρία, την καταπολέμηση σχετικών προκαταλήψεων και την υιοθέτηση σύγχρονων αντιλήψεων για αυτήν,  
ι. προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης για το προσωπικό και τους εθελοντές,  
κ. καταγραφή και συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων,  
λ. μεταφορά από και προς το κέντρο

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται τουλάχιστον 4 και όχι πάνω από 8 ώρες για κάθε ωφελούμενο ανά ημέρα, κατά τις εργάσιμες ημέρες, περιλαμβανομένης της μεταφοράς από και προς τη δομή.

**Β. ΑΙΤΗΣΗ-ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Η αίτηση δύναται να υποβληθεί από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή το νόμιμο εκπρόσωπό του (γονέα, δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ή ασκούντα την επιμέλειά του), στην έδρα του Συλλόγου, στον Άργιλο Κοζάνης   
Τα δικαιολογητικά που θα πρέπει να επισυναφθούν στην αίτηση συμμετοχής είναι τα ακόλουθα:  
1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης του ωφελούμενου. 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. Βεβαίωση ΑΦΜ ωφελούμενου.  
3. 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%.Στο πιστοποιητικό θα πρέπει να αναφέρεται και ο δείκτης νοημοσύνης.  
4. Ασφαλιστική ικανότητα ωφελούμενου.  
5. Αντίγραφο απόφασης δικαστικής συμπαράστασης (εφόσον υπάρχει, για ωφελούμενους άνω των 18 ετών) και απόφαση πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας (εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία).

Η παρούσα θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Συλλόγου, στη διεύθυνση [www.autismkozani.gr](http://www.autismkozani.gr) καθώς επίσης και στις ιστοσελίδες της ΕΣΑμεΑ.Γρ. Β. Ελλάδος, ΠΟΑμεΑ Δυτ. Μακεδονίας και στον έντυπο ηλεκτρονικό τοπικό τύπο.

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ενημερώνονται από τη Γραμματεία του Συλλόγου στα τηλέφωνα 2461039224 (ώρες 14.30 έως 20.30 )

Η ΝΟΜΙΜΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

ΤΟΥΡΛΑΚΙΔΟΥ ΠΑΡΕΣΣΑ