



ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΚΟΙΝΟΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΗ ΚΕΡΑΜΟΥ ΓΑΛΑΞΙΔΙ
ΤΚ 33052 ΤΗΛ.:2265042062
Email: info@estia-agios-nikolaos.eu

ΓΑΛΑΞΙΔΙ 28/05/2021
ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 105

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η «ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ» λειτουργώντας ως δικαιούχος της εγκεκριμένης πράξης «Επιχορήγηση έργου "ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΞΙΔΙ» με κωδικό ΟΠΣ 5007953 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα 2014-2020» με την απόφαση 1013-17/05/2021

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ Άτομα με Αναπηρία (στο εξής καλούμενοι «ωφελοούμενοι», Γονείς , Κηδεμόνες και Δικαστικούς Συμπαραστάτες

Να υποβάλλουν αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση πέντε (5) ωφελοούμενων που βρίσκονται εντός της Π.Ε. ΦΩΚΙΔΑΣ έως και τη λήξη του προγράμματος στις 15/12/2023 στο Κέντρο Διημέρευση και Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με αναπηρίες , της ΕΣΤΙΑΣ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ που λειτουργεί στη Θέση Κεραμού στο Γαλαξίδι.

Α) ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ :

Οι παροχές που θα λαμβάνουν οι ωφελοούμενοι μεταξύ των άλλων είναι οι εξής:

- Τη μεταφορά των ωφελοούμενων προς και από το Κέντρο, με μεταφορικό μέσο του φορέα.
- Τη διαμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα).
- Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής που έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ΑμεΑ (εργοθεραπείες,

λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες και άλλα), βάσει του εξατομικευμένου προγράμματος του κάθε ωφελοούμενου.

- Την παροχή ατομικής ή και ομαδικής άσκησης.
- Την εκπαίδευση τους στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.
- Τη δημιουργική απασχόλησή τους και δραστηριότητες κοινωνικοποίησής τους.
- Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται σε εργάσιμες ημέρες από τις 7:00 π.μ. έως τις 21:00 μ.μ. και όχι πάνω από 8 ώρες για κάθε ωφελοούμενο περιλαμβανομένης της μεταφοράς από και προς το Κέντρο.

Η διάρκεια παροχής υπηρεσιών προς τους ωφελοούμενους ορίζεται συνολικά από την έναρξη που θα ορισθεί με το πέρας της διαδικασίας έως και την 15^η Δεκεμβρίου 2023.

Η απασχόληση θα είναι υποχρεωτικά οκτάωρη ημερησίως και οι ημέρες λήψης υπηρεσιών των ωφελοούμενων ανά μήνα τουλάχιστον δεκαπέντε(15) εργάσιμες.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Β) ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά συμμετοχής που θα πρέπει να επισυναφθούν στην αίτηση συμμετοχής είναι τα ακόλουθα:

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 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 2019 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
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 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 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.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Γ) ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ :

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.

Ι. Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

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
	Εισόδημα 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 2019 ορίζεται σε 9.382€ 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.

ΙΙ. 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 κατατούν/επιλεγούν βάσει των 5 προαναφερομένων κριτηρίων επιλογής.

3) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων με ανάρτηση του σχετικού προσωρινού πίνακα αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του φορέα www.estia-agios-nikolaos.org στις 18/06/2021. Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση κατά του ανωτέρω πίνακα προς τη Επιτροπή Αξιολόγησης έως την 25/06/2021. Σε επόμενο στάδιο θα αναρτηθούν τα οριστικά αποτελέσματα.

Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχών από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του δικαιούχου, η Επιτροπή δύναται να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Δ. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

Οι απήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν ιδιοχειρώς ή ταχυδρομικώς ή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς στα γραφεία της Εστίας «Άγιος Νικόλαος», **μέχρι τις 11/06/2021, ημέρα Παρασκευή και ώρα 14:00.**

Απήσεις 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.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από την Εστία «Άγιος Νικόλαος» Κοινωφελές Ίδρυμα Ν. Φωκίδας που λειτουργεί, στο Γαλαξίδι - θέση Κεραμού, στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφερειακή Ενότητα Ν.Φωκίδας, στις κοινωνικές υπηρεσίες της Περιφερειακής Ενότητας Ν.Φωκίδας, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφερειακής Ενότητας Ν.Φωκίδας, σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, στη Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ και αναρτάται στην ιστοσελίδα του φορέα (www.estia-agios-nikolaos.org) 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 υπεύθυνη του έργου κ. Olafía Palmarsdóttir και στην γραμματεία της Εστίας «Άγιος Νικόλαος» στα τηλ.: 2265042062, e-mail: info@estia-agios-nikolaos.eu από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 09:00-15:00.

Η πράξη «Επιχορήγηση έργου ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΞΙΔΙ» με Κωδικό ΟΠΣ 5007953 εγκρίθηκε με την 5111-21/12/2017 απόφαση ΕΥΔ ΕΠ Στερεάς Ελλάδας, τροποποιήθηκε/επικαιροποιήθηκε με την απόφαση 1013-17/05/2021 και συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Στερεά Ελλάδα 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας 10 «Πρωώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας –ΕΚΤ», ο οποίος συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020.

Η Πρόεδρος Διοικούσας Επιτροπής



Olafía Palmarsdóttir

Συνημμένα Πρόσκλησης:

1.Αίτηση Συμμετοχής

2.Υπ.Δηλώσεις του άρθρου 8 παρ. 4 του ν.1599/1986



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΗΜΕΡ.: 28/05/2021

ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 106

Αξιότιμοι κύριοι,

Σας αποστέλλουμε την ηλεκτρονική μορφή της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τη συμμετοχή ατόμων με αναπηρίες στο Κέντρο Δημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας της Εστίας Άγιος Νικόλαος στο Γαλαξίδι, καθώς και την αίτηση συμμετοχής και την Υπεύθυνη Δήλωση. Τα παραπάνω έγγραφα θα σας αποσταλούν και σε έντυπη μορφή στη διεύθυνσή σας.

Η «ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ» λειτουργώντας ως δικαιούχος της εγκεκριμένης πράξης «Επιχορήγηση έργου "ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΞΙΔΙ» με κωδικό ΟΠΣ 5007953 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα 2014-2020» με την απόφαση 1013-17/05/2021 έχει την υποχρέωση να μεριμνήσει για τη δημοσιοποίηση και την ενημέρωση /πληροφόρηση των εν δυνάμει ωφελούμενων.

Για το λόγο αυτό σας παρακαλούμε για την έγκαιρη ανάρτηση των τριών εντύπων στον Πίνακα Ανακοινώσεων της Υπηρεσίας σας και την αποστολή του αποδεικτικού ανάρτησης στη Δομή μας.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση επικοινωνήστε μαζί μας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου info@estia-agios-nikolaos.eu ή τηλεφωνικά στο 2265042062.

Με εκτίμηση



Olafia Palmarsdottir
Πρόεδρος Διοικούσας Επιστροπής

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΗΣ

Η πράξη «Επιχορήγηση έργου "ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΞΙΔΙ» με Κωδικό ΟΠΣ 5007953 εγκρίθηκε με την 5111-21/12/2017 απόφαση ΕΥΔ ΕΠ Στερεάς Ελλάδας και συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Στερεά Ελλάδα 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας 10 «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας –ΕΚΤ», ο οποίος συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020. Πραγματοποιήθηκε τροποποίηση/επικαιροποίηση με την απόφαση υπ' αριθμ. 1013-17/05/2021 για την προσθήκη επιπλέον 5(πέντε) ατόμων στην πράξη (15 άτομα συνολικά) και παράταση λειτουργίας της δομής έως 15/12/2023.

Η ΠΡΑΞΗ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)

Ημερομηνία υποβολής : / /2021

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. :
(συμπληρώνεται από την Δομή)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): _____

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΦΥΛΟ: _____



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: _____

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: _____

ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ☐

ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ☐

ΣΥΔ ☐

ΙΔΙΩΤΙΚΗ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ☐

ΑΛΛΟ ☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:

ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑΜΕΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ /ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): _____



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερείας Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ –ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΑΝΕΡΓΟΣ	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στεριάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	
1. 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.	
2. Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2019, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε 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 τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.	
6. 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.	
7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

8.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	
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.	

9. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:

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.	
β) 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 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.	



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



ΑΛΛΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
------	-----------

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΔΙΚ.ΣΥΜΠΑΡ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

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⁾ :							
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:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις³, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν λαμβάνω αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που μου παρέχονται από ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (πχ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη
- Δεν λαμβάνω υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη.

Ημερομηνία: 2021

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.

