



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ  
(Ε.Ε.Π.Α.Α.)**

**ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ:** Αθηνάς 2

**ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ:** 10551 Αθήνα

10682 - Αθήνα

**Πληροφορίες:** Πελέκη Βίκυ

**ΤΗΛ.:** 210 3216550

**Fax :** 210 3216549

**mail:** gspap@autismgreece.gr

**site :** www.autismgreece.gr

Αθήνα, 17 Δεκεμβρίου 2020

Αρ.πρωτ.: 236/Φ.ΑΡΙΑΔΝΗ II

## ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

**Δεκαπέντε (15) θέσεων ωφελούμενων στο Οικοτροφείο για ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ II», της Ε.Ε.Π.Α.Α.»**

Η Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, στο πλαίσιο υλοποίησης του έργου «Οικοτροφείο για δεκαπέντε (15) ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ II» της Ε.Ε.Π.Α.Α.» με Κωδικό ΟΠΣ 5045650, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ 2014-2020» του ΕΣΠΑ, ΑΞ09Β-«Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας»,

### ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού (στο εξής καλούμενοι «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση πλήρωσης δεκαπέντε (15) θέσεων ωφελούμενων, συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διαβίωσης, σε ενήλικα χρονίως πασχόντων άτομα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος, σε συνθήκες προστατευμένης διαβίωσης, στο Οικοτροφείο «ΑΡΙΑΔΝΗ II», της Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.), που λειτουργεί, επί της οδού επί της οδού Ελαιώνων 41, στην περιοχή Ελαιώνων Πυλαίας Θεσσαλονίκης.

### Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παροχή υπηρεσιών διαβίωσης, σε δεκαπέντε (15) ωφελούμενους, η οποία περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, τα κατωτέρω:



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



1. Τη διαμονή και τη διατροφή τους
2. Τη μεταφορά τους προς και από το Οικοτροφείο με λεωφορείο του φορέα
3. Τη Φαρμακευτική Αγωγή, η οποία ρυθμίζεται ή τροποποιείται ανάλογα με την ψυχοπαθολογία των νοσηλευόμενων, από τον Σύμβουλο Ψυχίατρο σε συνεργασία με τον Επιστημονικό Υπεύθυνο και την ομάδα των εκπαιδευτών/θεραπευτών. Την τελική ευθύνη έχει ο ψυχίατρος ή ο γιατρός που υπογράφει την φαρμακευτική αγωγή
4. Την Εκπαίδευσή τους σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, η οποία θα γίνεται σε εξατομικευμένη βάση ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ωφελούμενου.
5. Την Ψυχολογική Στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους, μετά από τη διερεύνηση των ατομικών αναγκών του κάθε ωφελούμενου και της οικογένειάς του
6. Την Επαγγελματική τους εκπαίδευση και απασχόληση, εφόσον η ικανότητά τους το επιτρέπει.
7. Την Συμμετοχή τους σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης,
8. Την Συμμετοχή τους σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, με οργάνωση ψυχαγωγικών και άλλων δραστηριοτήτων δημιουργικής απασχόλησης.
9. Την Συνεχή αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογων ερευνητικών δραστηριοτήτων.
10. Την Ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας της ψυχικής υγείας των αυτιστικών ατόμων που φιλοξενούνται.
11. Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις διαταραχές αυτιστικού τύπου.

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται σε 24ωρη βάση.

## Β. 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).
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (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 Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.
4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
5. Έγγραφο πιστοποίησης της αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης 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 χρονίως πασχόντων.
8. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας
9. Βεβαίωση ΑΜΚΑ.



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

10. Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του Οικοτροφείου. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.

11. Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΜΨΥ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 4 και 8, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.

### Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

- Τύπος πλαισίου διαμονής (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο)
- Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου
- Οικογενειακή κατάσταση

1) Αναλυτικά τα κριτήρια επιλογής των ωφελούμενων ατόμων και η μοριοδότηση τους είναι η κατωτέρω:

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. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ ή χρόνιος πάσχων στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



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

- 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 ωφελούμενων 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.autismgreece.gr](http://www.autismgreece.gr)) στις 25/12/2020.

Οι ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την 29/12/2020 και ώρα 12:00 μ.μ.

Στη συνέχεια, και μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων στις 30/12/2020 στην ιστοσελίδα του φορέα.

#### Δ. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν ταχυδρομικώς ή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς στα γραφεία της Ε.Ε.Π.Α.Α., που λειτουργεί, επί της οδού Αθηνάς 2 στην Αθήνα, ΤΚ 10551 μέχρι τις 24/12/2020, ημέρα Πέμπτη και ώρα 14:00.

Για τη διευκόλυνση των ενδιαφερομένων και λόγω φόρτου εργασίας των δημόσιων υπηρεσιών, που εκδίδουν τα αναφερόμενα δικαιολογητικά, κατά την περίοδο των περιοριστικών μέτρων κυκλοφορίας (COVID-19), δύναται η υποβολή υπεύθυνης δήλωσης από τον κηδεμόνα για την ακρίβεια των στοιχείων των δικαιολογητικών και έως ότου εκδοθούν τα εν λόγω πιστοποιητικά από τις καθ' ύλην αρμόδιες υπηρεσίες.

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.

#### Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα διατίθεται από την Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.), στην έδρα της επί της οδού Αθηνάς 2, 10551 Αθήνα, στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, στη Δ/ση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και αναρτάται



**Ε.Ε.Π.Α.Α.**



**Ευρωπαϊκή Ένωση**  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



στην ιστοσελίδα του φορέα ([www.autismgreece.gr](http://www.autismgreece.gr)) και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.με.Α.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα Ελισσάβη Στέφου στα τηλ.: 210 3216550, fax: 210 3216549, e-mail: [gspap@autismgreece.gr](mailto:gspap@autismgreece.gr), από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 07:00-13:00.

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

**Ο νόμιμος εκπρόσωπος**  
**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΜΟΥΤΣΗΣ**

**Συνημμένα Πρόσκλησης:**  
Αίτηση συμμετοχής