



ΚΟΜΟΤΗΝΗ 26/10/2021

Α.Π. : 01

### ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Ιδιωτική Κεφαλαιουχική Εταιρεία Care Zen **προσκαλεί** Άτομα με νοητική υστέρηση ή με οποιαδήποτε μορφή νοητικής αναπηρίας άνω των 18 ετών, να υποβάλουν αίτηση για την παροχή υπηρεσιών της Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης.

#### Α. Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Η Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Σ.Υ.Δ της CARE ZEN IKE, λειτουργεί επτά ημέρες την εβδομάδα 24 ώρες την ημέρα και παρέχει πολλαπλές υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε Άτομα με νοητική υστέρηση ή με οποιαδήποτε μορφή νοητικής αναπηρίας προς τους ωφελούμενους.

Η Στέγη βρίσκεται εντός της πόλης της Κομοτηνής

#### ΣΚΟΠΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΔ:

Η λειτουργία της ΣΥΔ- Διαμέρισμα, παρ' όλο που εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ενοίκων, καθορίζεται από το γενικό πλαίσιο των προβλημάτων και των αναγκών τους και διέπεται από τις παρακάτω βασικές αρχές, σκοπούς και στόχους:

1. Η Υποστηριζόμενη Διαβίωση εξυπηρετεί το πρωταρχικό δικαίωμα για ανεξάρτητη διαβίωση κάθε ατόμου με αναπηρία και στοχεύει παράλληλα στην ανάπτυξη και διατήρηση στο μέγιστο βαθμό των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των ενοίκων, έτσι ώστε να διαβιούν όσο το δυνατό πιο αυτόνομα και ενεργά στο φυσικό περιβάλλον της κοινωνίας και σε χώρο διαφορετικό από τον χώρο της τυχόν εργασίας τους. Επίσης, η υποστηριζόμενη διαβίωση αντιμετωπίζει το ζήτημα της δια βίου διαβίωσης κατοικίας των ατόμων με αναπηρία. Η διαβίωση των ενοίκων στην Σ.Υ.Δ. δε μπορεί σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί "κλειστή περίθαλψη" ή "νοσηλεία".
2. Η Υποστηριζόμενη Διαβίωση σέβεται την προσωπικότητα κάθε ατόμου και του πρωταρχικού του δικαιώματος για ανεξάρτητη και αξιοπρεπή διαβίωση και στοχεύει στην υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και της ιδιωτικότητας των ενοίκων, καθώς και στην προαγωγή της προσωπικής ολοκλήρωσης και κοινωνικοποίησής τους.
3. Επίσης, στοχεύει στην αποφυγή "περιθωριοποίησης" ή "ιδρυματοποίησης" των Ατόμων με Αναπηρία, όταν το στενό οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί για οποιοδήποτε λόγο να υποστηρίξει την διαβίωσή τους.

#### 4. Τέλος στοχεύει:

- στην προαγωγή της αυτονομίας και της ικανότητας αυτοφροντίδας, μέσω της βελτίωσης της λειτουργικότητας, των ικανοτήτων και του δυναμικού τους,
- στην αύξηση της αυτεπίγνωσης και της αντίληψης της πραγματικότητας,
- στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος,
- στην ενθάρρυνση της κοινωνικής τους συμμετοχής και της συμμετοχής τους σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου,
- στη διασφάλιση της ποιότητας της ζωής των ενοίκων, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες κάθε ατόμου,
- στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων και στην παροχή υποστήριξης για την κοινωνική ένταξη.

#### Προβλέπεται:

- Πρόγραμμα πράξεως ειδικής αγωγής-θεραπείες, όπως **εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, ειδική φυσική αγωγή, συμβουλευτική γονέων και μουσικοκινητική.**
- **Διατροφή** προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου, όπως αυτές προκύπτουν από το ιατρικό του ιστορικό.
- **Εικοσιτετράωρη παραμονή** των ωφελουμένων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας κάθε ωφελούμενου, μέσα από την **ιατρική παρακολούθηση** και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών εκπαίδευσης, **δημιουργικής απασχόλησης, φροντίδας, υποστήριξης, ψυχαγωγίας, άθλησης, απασχόλησης στο εργαστήριο φυτικής παραγωγής, δράσεις δικτύωσης και κοινωνικοποίησης, ψυχαγωγικές και εκπαιδευτικές εξόδους και δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας.**
- **Εκπαίδευση στην αυτόνομη διαβίωση** και υποστήριξη στην πορεία των ωφελουμένων προς την αυτονομία και την ισότιμη συμμετοχή στην εκπαίδευση και γενικά στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή στην κοινότητα.

## **Β. Δικαιολογητικά συμμετοχής**

1. Αίτηση (επισυνάπτεται). Η αίτηση υποβάλλεται από τον ίδιο τον ωφελούμενο (εφόσον δε βρίσκεται υπό δικαστική συμπαράσταση ή περιορισμό της δικαιοπρακτικής ικανότητάς του) ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του (π.χ. δικαστικό συμπαραστάτη). 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. Φωτοτυπία με στοιχεία ταυτότητας/διαβατηρίου.
3. Ληξιαρχική πράξη γέννησης.
4. Πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Πρόσφατη φωτογραφία.
6. Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας), που τεκμηριώνει την αδυναμία διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη.
7. Πρόσφατη γνωμάτευση προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας από Κ.Ε.Π.Α.
8. Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό λειτουργό δημόσιου νοσοκομείου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια άσκησης επαγγέλματος.

## **Γ. Κριτήρια επιλογής ωφελουμένων**

Κατόπιν της λήξης της διαδικασίας υποβολής των αιτήσεων, ο φορέας θα προβεί στην επιλογή τεσσάρων (4) ωφελουμένων, βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

- 1) Η προσωπικότητα του ενδιαφερόμενου ατόμου.
- 2) Οι δυνατότητες συμμετοχής του σε δραστηριότητες της κατοικίας και της Κοινότητας.
- 3) Η δυνατότητα προσαρμογής στις νέες συνθήκες διαβίωσης και συνύπαρξης με τους άλλους ενοίκους.
- 4) Η κατ' αρχήν αποδοχή του νέου περιβάλλοντος διαβίωσης από το ίδιο το άτομο ή/ την οικογένεια του.

## **Δ. Διαδικασία επιλογής ωφελουμένων**

Στάδια της διαδικασίας επιλογής:

**A. Εξέταση/έλεγχος των αιτήσεων** του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων σε συσχετισμό με τις διαθέσιμες στην πράξη θέσεις, σύμφωνα με τον αριθμό των αιτήσεων και την πληρότητα των δικαιολογητικών. Οι αιτήσεις θα εξεταστούν κατά σειρά με βάση τον αριθμό πρωτοκόλλου, που θα λάβουν, κατά την κατάθεση τους στα γραφεία της εταιρείας και στον αρμόδιο υπάλληλο.

**B. 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.

**Γ. Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων** με ανάρτηση του Πίνακα Κατάταξης των ωφελουμένων και επιλαχόντων στην ιστοσελίδα της εταιρείας, [www.carezen.gr](http://www.carezen.gr)

## **Ε. Κατάθεση δικαιολογητικών και καταληκτική ημερομηνία κατάθεσης**

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά μπορούν να υποβληθούν ιδιοχειρώς μόνο από

τους δικαστικούς συμπαραστάτες των ωφελουμένων ή από οποιοδήποτε άλλο άτομο κατέχει γραπτή εξουσιοδότηση για την κατάθεση των δικαιολογητικών από το δικαστικό συμπαραστάτη, στα γραφεία της εταιρείας στην διεύθυνση 1914 αρ.40 Κομοτηνή, 69100, από τις 26/10/2021 έως 29/10/2021 8:00-12:00 π.μ.

**Έγκυρες θα θεωρηθούν οι αιτήσεις που θα παραληφθούν και θα πρωτοκολληθούν τις παραπάνω ορισθείσες ημέρες.**

#### **Ε. Παροχή πληροφοριών**

Η παρούσα διατίθεται από τον φορέα στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης, στις κοινωνικές υπηρεσίες της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης, στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης και στα παραρτήματα του, καθώς επίσης και σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.

Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν: να επικοινωνήσουν με την κ. Ντίνα Ιωάννα

-στο τηλέφωνο 6934629637

Κομοτηνή, 26/10/2021

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος, Ποιμενίδης Ηλίας

Συνημμένα Πρόσκλησης:

1. Αίτηση συμμετοχής



**CARE ZEN I K E**  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 1914 40  
ΤΗΛ.6937029241  
691 00 ΚΟΜΟΤΗΝΗ  
email: [info@hliaspim.gr](mailto:info@hliaspim.gr)

ΠΡΟΣ

Την εταιρεία CARE ZEN I.K.E

1914 Αρ. 40

## ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ

Τ.....

Ο.....

Δικαστικός συμπαραστάτης ή γονέας

παρακαλώ όπως εγγράψετε τ.....

κατοίκου .....

.....

Οδός ..... Αριθ.....

στις Στέγες Υποστηριζόμενης

Α.Δ.Τ .....

Διαβίωσης της εταιρείας Care Zen I.K.E.

Για τον σκοπό αυτό υποβάλλω όλα τα

«Για εγγραφή τ.....

απαραίτητα δικαιολογητικά (\*)

Στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης της

Εταιρείας Care Zen I.K.E

Κομοτηνή.....20..

... ΑΙΤ..... ... ΔΗΛ.....

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ Α.μ.ε.Α

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΤΟ ΓΕΝΟΣ:..... ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:..... ΝΟΜΟΣ:.....

ΔΗΜΟΣ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:..... ΝΟΜΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Οδός:..... Αριθμός:..... Τ.Κ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 1) Οικίας:..... 2) Συγγενών:.....

3) Εργασίας ..... πατέρα:..... 4) Εργασίας  
μητέρας:.....

5) Κινητά: α) πατέρα:..... β) μητέρας:.....

γ) συγγενών:.....

Α.Δ.Τ. (Του Α.μ.ε.Α):..... ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:..... ΑΡΧΗ:.....

**(\*) Δικαιολογητικά για την εγγραφή στις Σ.Υ.Δ:**

1. Φωτοτυπία με στοιχεία ταυτότητας/ διαβατηρίου του ωφελούμενου.
2. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης.
3. Πρόσφατη φωτογραφία.
4. Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει την αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη.
5. Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό δημόσιου νοσοκομείου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια άσκησης επαγγέλματος.
6. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.
7. Πρόσφατη Γνωμάτευση Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας από Κ.Ε.Π.Α.