

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ
ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ
ΣΤΟ «ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΡΥΑΣ»**

Ο Δήμος Λευκάδας στα πλαίσια υλοποίησης της πράξης με τίτλο «Συνέχιση του Κέντρου Ημερήσιας φροντίδας Ηλικιωμένων Δήμου Λευκάδας» με κωδικό ΟΠΣ 6007569

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ:

Τους ενδιαφερόμενους να υποβάλλουν σχετική αίτηση για την συμπλήρωση τριών (3) κενών θέσεων (οι υπόλοιπες τυχόν κενές θέσεις θα καλύπτονται από τον πίνακα επιλαχόντων) και δικαιολογητικά στο πρωτόκολλο του Δήμου και στα γραφεία της δομής ΚΗΦΗ , που στεγάζεται στον πρώτο όροφο του πρώην δημαρχείου Καρυάς καθώς και στο Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Πολιτισμού για την πλήρωση θέσεων στο ΚΗΦΗ Καρυάς. Τηλ επικοινωνίας 2645361219-2645360592. Το πρόγραμμα έχει δυναμικότητα 25 ατόμων.

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν αίτηση εγγραφής από 14/4 /2025 έως 30 /4/2025
Η αίτηση συνοδεύεται από τα εξής απαραίτητα δικαιολογητικά:

ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ: ΟΡΙΣΜΟΣ: Ως έμμεσα ωφελούμενος ορίζεται το άτομο που έχει αναλάβει την φροντίδα του ηλικιωμένου και ανήκει είτε στο οικογενειακό περιβάλλον (όπως τα στοιχεία του προκύπτουν από το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης) είτε άτομο που με επίσημο έγγραφο έχει αναλάβει την επιμέλεια.

- 1) ΑΙΤΗΣΗ (Θα παραλαμβάνεται από το ΚΗΦΗ και το Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας και υπάρχουν και επισυναπτόμενες στην ιστοσελίδα του δήμου)
- 2) Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου
- 3) Εκτύπωση τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος έτους 2023(δηλαδή για εισοδήματα που αποκτήθηκαν από 1/1/2023 έως 31/12/2023)
- 4) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- 4) Εάν οι έμμεσα ωφελούμενοι ανήκουν σε ομάδα ΑΜΕΑ ή σε οικογένειες με μέλη ΑμεΑ απαιτείται βεβαίωση υγειονομικής επιτροπής όπου θα αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας
- 5) Εάν οι έμμεσα ωφελούμενοι είναι εργαζόμενοι χρειάζεται βεβαίωση εργοδότη από την οποία να προκύπτει το είδος απασχόλησης (πλήρης, μερική ή ορισμένου χρόνου). Σε περίπτωση αυτοαπασχόλησης απαιτείται δήλωση έναρξης επιτηδεύματος στη ΔΟΥ και υπεύθυνη δήλωση περί μη διακοπής άσκησης του επιτηδεύματος.
- 6) Υπεύθυνη δήλωση ενδιαφερόμενου στην οποία θα δηλώνεται ότι δεν λαμβάνει υπηρεσίες από άλλη δομή και ότι αποδέχεται να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία συνοποβάλλονται με την αίτησή του, για το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν ,σύμφωνα με τις διατάξεις των Ν.2472/1997 και Ν. 4624/2019 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ : Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό κρίνεται απαραίτητο θα ζητηθεί από την υπηρεσία.

Σε περίπτωση που οι έμμεσα ωφελούμενοι είναι άνεργοι απαιτείται επίσημο αντίγραφο δελτίου ανεργίας σε ισχύ από τη ΔΥΠΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε περίπτωση που δεν αποδεικνύεται η συγγενική σχέση του έμμεσα ωφελούμενου την αίτηση καταθέτει ο άμεσα ωφελούμενος.

ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ: ΟΡΙΣΜΟΣ: Θεωρείται το ηλικιωμένο άτομο άνω των 67 ετών.

- 1) Αίτηση (Θα παραλαμβάνεται από το ΚΗΦΗ και το Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας και θα είναι αναρτημένες και στην ιστοσελίδα του δήμου)
- 2) Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
- 3) Εκτύπωση τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος
- 4) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

- 5) Γνωμάτευση θεράποντος γιατρού από την οποία να προκύπτει ότι ο άμεσα ωφελούμενος είναι πλήρως, μερικώς ή μη αυτοεξυπηρετούμενος (κινητικά –νοητικά –ψυχικά)
- 6) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνει υπηρεσίες από άλλη δομή.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Α. Κριτήρια και μοριοδότηση

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ (60%)		
1. Οικογενειακό εισόδημα	Κάτω από το όριο της φτώχειας	15
	Πάνω από το όριο της φτώχειας	10
2. Οικογενειακή Κατάσταση	ΑμεΑ ή άτομα που ανήκουν σε οικογένειες με μέλη ΑμεΑ (για τα Κέντρα Δημέρευσης/Λοιπά Κέντρα, δεν υπολογίζεται ως ΑμεΑ ο άμεσα ωφελούμενος για τον οποίο γίνεται η αίτηση)	10
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι	5
	Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών	5
3. Εργασιακή Κατάσταση	Άνεργος	15
	Εργαζόμενος/η	5
	Εργαζόμενος/η με σύμβαση μερικής απασχόλησης	8
	Εργαζόμενος/η με σύμβαση ορισμένου χρόνου	7

ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ – ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (40%)		
1. Εισόδημα	Κάτω από το όριο της φτώχειας	15
	Πάνω από το όριο της φτώχειας	10
2. Οικογενειακή Κατάσταση	Χήρος/α, Διαζευγμένος/η, Άγαμος/η	5
3. Κατάσταση Υγείας	Πλήρως αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά – νοητικά – ψυχικά)	4
	Μερικώς αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά – νοητικά – ψυχικά)	6
	Μη αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά – νοητικά – ψυχικά)	10

Για οποιαδήποτε άλλη κατηγορία κριτηρίων η οποία δεν αναφέρεται στον ανωτέρω πίνακα, οι ωφελούμενοι δε θα λαμβάνουν μόρια, χωρίς αυτό να σημαίνει απώλεια του δικαιώματος συμμετοχής και κατάταξης μετά από την αντίστοιχη μοριοδότηση των εναπομεινάντων κριτηρίων.

Το όριο της φτώχειας προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2023 ορίζεται σε 6.030 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά. Το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας προκύπτει μετά τη διαίρεσή του συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος με το ισοδύναμο μέγεθος της οικογένειας. Το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού υπολογίζεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται συντελεστής στάθμισης 1 για

τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και μέλη 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά κάτω των 14 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

Ο Δικαιούχος βαθμολογεί και κατατάσσει τους ωφελούμενους σε πίνακα, κατά φθίνουσα σειρά, με βάση το σύνολο της βαθμολογίας τους και στη συνέχεια τους επιλέγει με βάση τον αριθμό της δυναμικότητας της δομής (ΚΗΦΗ) 25 ατόμων.

Οι ωφελούμενοι είναι δυνατόν να ασκήσουν ένσταση κατά του ανωτέρω πίνακα εντός τριών (3) ημερών από τη γνωστοποίησή του, ενώπιον του αρμόδιου οργάνου του Δικαιούχου.

Οι αιτήσεις επισυνάπτονται στην παρούσα πρόσκληση.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης





Κ.Η.Φ.Η

Κέντρο Ημερήσιας
Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΑΙΤΗΣΗ
ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

Όνομα:

Επώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ταχ/κή Δ/ση:

.....

Πόλη:

Τ.Κ.:

Τηλέφωνο:

E-mail:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

Όνομα:

Επώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ταχ/κή Δ/ση:

.....

Πόλη:

Τ.Κ.:

Τηλέφωνο:

Σας παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την
αίτηση μου στο πρόγραμμα του ΚΗΦΗ
Καρυάς Δήμου Λευκάδας
επισυνάπτοντας τα κάτωθι
δικαιολογητικά:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ο/Η αιτών αιτούσα

Λευκάδα2025



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης





Κ.Η.Φ.Η

Κέντρο Ημερήσιας
Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΑΙΤΗΣΗ
ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

Όνομα:

Επώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ταχ/κή Δ/ση:

Πόλη:

Τ.Κ.:

Τηλέφωνο:

E-mail:

Σας παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την
αίτηση μου στο πρόγραμμα του ΚΗΦΗ
Καρυάς Δήμου Λευκάδας
επισυνάπτοντας τα κάτωθι
δικαιολογητικά:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ ΑΙΤΟΥΣΑ

Λευκάδα.....2025



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

