



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Αθήνα, 29.6.2016

Αρ. πρωτ. Γ.Π. Δ22/οικ.29700/1011

*Ταχ. Διεύθυνση: Σταδίου 29, Τ.Κ. 10110
Πληροφορίες: Στ. Σκάρα – Ολ. Γλυκιώτη
Τηλέφωνο: 210 5281177-9
Fax: 210 5281199
Email: family3@yeka.gr*

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ-ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ 2016**

Προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες περίθαλψης και φροντίδας απόρων ανασφάλιστων ηλικιωμένων ατόμων και χρονίως πασχόντων (ΑμεΑ) που αποδεδειγμένα χρήζουν περίθαλψης σε δομές κλειστής φροντίδας και δεν δύνανται να εξυπηρετηθούν από προνοιακούς φορείς του δημοσίου είτε λόγω ανυπαρξίας αυτών είτε λόγω ανεπάρκειας θέσεων στην περιφέρεια της μόνιμης κατοικίας τους, το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3671/1957 «Περί διαθέσεως κλινών Φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων προς περίθαλψιν απόρων και απροστάτευτων ατόμων δημοσία δαπάνη» (ΦΕΚ 38/Α'/1957), δύναται να συνάπτει συμβάσεις με Φιλανθρωπικά Ιδρύματα που κατά τις καταστατικές τους διατάξεις παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στον τομέα προστασίας των ως άνω κατηγοριών ατόμων.

Στο πλαίσιο της υλοποίησης του προγράμματος συμβατικών κλινών για το τρέχον έτος, το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προσκαλεί τους φορείς της προηγούμενης παραγράφου που επιθυμούν να συμμετάσχουν στην υλοποίηση του ανωτέρω προγράμματος παρέχοντας υπηρεσίες στους δικαιούχους αυτού, να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής, εφόσον είναι ειδικώς πιστοποιημένοι ως φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Η δαπάνη που θα ανακύψει θα καλυφθεί από πόρους του τακτικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με χρηματοδότηση της οικείας Περιφέρειας.

Με την αριθμ. Π3β/Φ.ΝΟΣΗΛ./Γ.Π.42074/23-4-2009 Κοινή Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Αναπροσαρμογή του κατά κλίνη καταβαλλόμενου συμβατικού ποσού σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων και Ιδρύματα, για ανασφάλιστους, οικονομικά αδύνατους, αυτοεξυπηρετούμενους και χρονίως πάσχοντες» (ΦΕΚ 773/Β'/2009), η ημερήσια κατ' άτομο αποζημίωση για κάθε συμβατική κλίνη ορίζεται στο ποσό των επτά (7) ευρώ ημερησίως για τους αυτοεξυπηρετούμενους και των έντεκα (11) ευρώ για τους μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες.

Οι φορείς με τους οποίους θα συμβληθεί το Υπουργείο, θα αποζημιωθούν με βάση το ανωτέρω ποσό για τον αριθμό των δικαιούχων που θα φιλοξενήσουν και μόνο για τις ημέρες φιλοξενίας αυτών κατά το διάστημα ισχύος της σύμβασης, ήτοι από υπογραφής της έως τη λήξη του τρέχοντος έτους, όπως προκύπτει από τη σχετική βεβαίωση που συντάσσει ο κοινωνικός σύμβουλος της οικείας περιφέρειας. Η αποζημίωση καταβάλλεται στο Ίδρυμα στο τέλος του οικονομικού έτους μετά από την έγκαιρη υποβολή στην οικεία Περιφέρεια των απαιτούμενων παραστατικών.

Οι συμβαλλόμενοι φορείς υποχρεούνται να παρέχουν υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες περίθαλψης και φροντίδας κάθε περιθαλπόμενου σε συμβατική κλίνη, όπως ενδεικτικά περιγράφονται κατωτέρω:

- Υγιεινή και επαρκή διατροφή ανάλογη με την κατάσταση της υγείας του.
- Συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητά του.
- Τακτική ιατρική παρακολούθηση, καθώς και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε περιθαλπόμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία. Η τελευταία αυτή περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και τη μέριμνα για την έγκαιρη εισαγωγή στο ενδεδειγμένο νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπόμενων (χειρολαβές, περιπατητήρες κλπ.).

- Απασχόληση, ψυχαγωγία, ψυχολογική βοήθεια ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περίπτωση του κάθε περιθαλπόμενου.
- Φυσικοθεραπεία με την εφαρμογή απλών φυσιοθεραπευτικών ή κινησιοθεραπευτικών μεθόδων, με σκοπό τη βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησής τους, εφόσον αυτή κρίνεται επιστημονικά εφικτή.
- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή, εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους σε πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Για τον έλεγχο και την πιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους δικαιούχους, πραγματοποιούνται τακτικοί ή έκτακτοι επιτόπιοι έλεγχοι από τον κοινωνικό σύμβουλο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της οικείας Περιφέρειας, και συντάσσεται σχετική έκθεση αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την τήρηση των όρων της σύμβασης.

Για τη συμμετοχή τους στην υλοποίηση του προγράμματος, οι ενδιαφερόμενοι φορείς θα πρέπει να υποβάλουν στις κατά περίπτωση αρμόδιες υπηρεσίες (**Δ/νση Προστασίας Οικογένειας και Δ/νση Προστασίας ΑμεΑ**) της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αίτηση συμμετοχής συμπληρωμένη σύμφωνα με τα συνημμένα Υποδείγματα Ι και ΙΙ και συνοδευόμενη από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. *Αίτηση συμμετοχής υπογεγραμμένη από το νόμιμο εκπρόσωπο του φορέα στην οποία θα προσδιορίζεται ο αριθμός των δεσμευόμενων από το δημόσιο κλινών συνολικά και ανά κατηγορία (αυτοεξυπηρετούμενων/μη αυτοεξυπηρετούμενων).*

2. *Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας κατά τις διατάξεις του Ν.2345/1995 «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασία από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 213/Α'/1995).*

3. *Ειδική πιστοποίηση του ΝΠΙΔ ως φορέα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε ισχύ κατά τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν.2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α'/1998).*

4. *Συστατική πράξη του φορέα*

5. *Απόφαση του αρμόδιου οργάνου στην οποία να αναφέρονται: α) η συγκρότηση του ΔΣ σε σώμα, β) ο ορισμός του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα, που*

έχει το δικαίωμα για την υποβολή της αίτησης συμμετοχής και την υπογραφή της σύμβασης, γ) η διάρκεια της θητείας του ΔΣ.

6. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας του νόμιμου εκπροσώπου.

7. Πιστοποιητικά αρμόδιας δικαστικής ή διοικητικής αρχής, έκδοσης του τελευταίου τριμήνου ή τουλάχιστον εν ισχύ κατά την υποβολή της αίτησης συμμετοχής, από τα οποία να προκύπτει ότι ο φορέας δεν έχει λυθεί, δεν τελεί υπό πτώχευση, εκκαθάριση, αναγκαστική διαχείριση ή άλλη ανάλογη κατάσταση και επίσης δεν έχει κινηθεί διαδικασία κήρυξης σε πτώχευση ή ανάλογη διαδικασία.

Οι αιτήσεις συμμετοχής με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά **κατατίθενται** κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες ή **αποστέλλονται** με συστημένη επιστολή ή με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier) στο **Γενικό Πρωτόκολλο** του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (**Σταδίου 29, ΤΚ 10110, Αθήνα**), σε σφραγισμένο φάκελο στον οποίο θα αναγράφεται εξωτερικά η ένδειξη «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την υλοποίηση του προγράμματος συμβατικών κλινών έτους 2016». **Καταληκτική ημερομηνία** για την υποβολή των αιτήσεων συμμετοχής συνοδευόμενων από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά ορίζεται η **14^η Ιουλίου 2016**.

Σημειώνεται ότι ως αποδεικτικό της έγκαιρης κατάθεσης λαμβάνεται μόνο η **ημερομηνία πρωτοκόλλησης στο Γενικό Πρωτόκολλο του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης** και όχι η **ημερομηνία σφραγίδας ταχυδρομείου ή αποδεικτικού ταχυμεταφοράς**.

Για τους φορείς που από τη διαδικασία ελέγχου προκύπτει ότι πληρούν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις, εκδίδεται απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την οποία εγκρίνεται η σύναψη σύμβασης μεταξύ του Υπουργείου και αυτών για την υλοποίηση του προγράμματος, και ορίζεται ο αριθμός των δεσμευόμενων από το δημόσιο κλινών ανά φορέα.

Η εν λόγω Απόφαση κοινοποιείται στους φορείς των οποίων η συμμετοχή στην υλοποίηση του προγράμματος εγκρίθηκε, στους αποκλειόμενους δε από το πρόγραμμα φορείς αποστέλλεται για ενημέρωσή τους επιστολή, στην οποία προσδιορίζονται οι συγκεκριμένοι λόγοι αποκλεισμού τους από τη σχετική διαδικασία.

Οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι φορείς μπορούν να ενημερώνονται σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο πρόγραμμα από την ιστοσελίδα του

Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (www.ypakp.gr) και του προγράμματος Διαύγεια (<https://diavgeia.gov.gr>). Επίσης, πληροφορίες θα δίνονται από τη Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας καθώς και την Διεύθυνση Προστασίας ΑμεΑ του ίδιου Υπουργείου στα τηλέφωνα 210.5281177-9 και 210.5281120 αντίστοιχα.

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ι

**ΑΙΤΗΣΗ/ ΥΠΕΥΘΥΝΗ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ
ΕΤΟΥΣ 2016**

ΠΡΟΣ
Το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και
Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Γενική Γραμματεία Πρόνοιας
Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας
Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας
Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων
Σταδίου 29, ΤΚ 10110
Τηλ: 2105281177-9
Φαξ: 2105281199
Ηλ. Ταχ.: family3@yeka.gr

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ:

ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Αφού έλαβα υπόψη τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ. Δ22/οικ.29700/1011/29-6-2016 Πρόσκλησης

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ: Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συμμετοχή και σύναψη σύμβασης για την παροχή υπηρεσιών σε δικαιούχους του

ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: προγράμματος συμβατικών κλινών κατά το τρέχον έτος, υποβάλλω δια της παρούσης αίτηση συμμετοχής του

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ιδρύματος το οποίο νομίμως εκπροσωπώ, και υποβάλλω συνημμένα τα προβλεπόμενα στην Πρόσκληση αυτή

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.: δικαιολογητικά για τη δέσμευση συνολικά κλινών (..... αυτοεξυπηρετούμενων και μη

ΦΑΞ: αυτοεξυπηρετούμενων) για την περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου ανασφάλιστων και άπορων ηλικιωμένων.

ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ:

(Παρακαλούμε συμπληρώστε τα κενά.)

ΔΟΥ:

ΑΦΜ:

Ο/Η ΑΙΤ.....

Ονοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου

Υπογραφή και Σφραγίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:...../...../2016

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΙΙ

**ΑΙΤΗΣΗ/ ΥΠΕΥΘΥΝΗ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ
ΕΤΟΥΣ 2016**

ΠΡΟΣ
Το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και
Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Γενική Γραμματεία Πρόνοιας
Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας
Διεύθυνση Προστασίας ΑμεΑ
Τμήμα Α΄
Σταδίου 29, ΤΚ 10110
Τηλ.: 2105281120
Φαξ: 2105281113
Ηλ. Ταχ.: abarka@yeka.gr

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ:

ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:

Αφού έλαβα υπόψη τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ.
Δ22/οικ.29700/1011/29-6-2016 Πρόσκλησης

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ:

Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συμμετοχή και σύναψη
σύμβασης για την παροχή υπηρεσιών σε δικαιούχους του

ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

προγράμματος συμβατικών κλινών κατά το τρέχον έτος,

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

υποβάλλω δια της παρούσης αίτηση συμμετοχής του

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:

ιδρύματος το οποίο νομίμως εκπροσωπώ, και υποβάλλω

ΦΑΞ:

συνημμένα τα προβλεπόμενα στην Πρόσκληση αυτή
δικαιολογητικά για τη δέσμευση συνολικά κλινών
(..... μη αυτοεξυπηρετούμενων) για την περίθαλψη
με δαπάνες του δημοσίου ανασφάλιστων, άπορων και
χρονίως πασχόντων ατόμων ΑμεΑ.

ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ:

(Παρακαλούμε συμπληρώστε τα κενά.)

ΔΟΥ:

ΑΦΜ:

Ο/Η ΑΙΤ.....

Ονοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου

Υπογραφή και Σφραγίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:...../...../2016