# **ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΑΞΗΣ/ΦΟΡΕΑΣ**

1. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ

Περιγραφή της στελέχωσης δομής, είτε για το σύνολο του προσωπικού, είτε για περιπτώσεις που ένα μέρος του προσωπικού υπάρχει και απαιτείται πρόσθετη στελέχωση.

Να αναφερθούν η ειδικότητα /επίπεδο σπουδών, σχέση εργασίας, αριθμός, σύμφωνα με την αριθμ. Δ12/ΓΠοικ.13107/283/20-03-2019 ΚΥΑ «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες».

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** | **ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ** |
| 1 | Συντονιστής |  |  |
| 2 | Φροντιστής |  |  |
| 3 | Ψυχολόγος |  |  |
| 4 | Κοινωνικός Λειτουργός |  |  |

# **2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ / ΤΙΜΗ ΣΤΟΧΟΣ ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΗΛΩΜΕΝΗΣ ΠΛΗΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ**

Ο αριθμός των ωφελούμενων (τιμή στόχος) για τη δομή ανέρχεται στα ….. άτομα με αναπηρία που κατοικούν εντός της Περιφέρειας ………….

# **3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΗΝΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ**

Ο συνολικός προϋπολογισμός της Πράξης ανέρχεται στις ……ευρώ. Το ποσό προκύπτει από τον αριθμό των επωφελούμενων ατόμων με αναπηρία (…..άτομα), επί του ημερήσιου κόστους ανά επωφελούμενου (….. ευρώ), επί τους μήνες υλοποίησης της πράξης (…… μήνες).

# **4. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Η πράξη θα έχει διάρκεια …… και προβλέπεται να έχει ως ημερομηνία έναρξης την …. και ημερομηνία λήξης την 31/12/2025.

# **5. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΣΗ**

Περιγραφή παρεχόμενων υπηρεσιών ή δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αναφορά στην υλοποίηση δράσεων δικτύωσης και συνεργασίας με κοινωνικούς φορείς /φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης κ.α που υλοποιήθηκαν και θα υλοποιηθούν στο άμεσο μέλλον.