



**Ανακοίνωση / Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος  
για την προσέλκυση/ επιλογή ωφελούμενων μέσα από τη διαδικασία υποβολής αιτήσεων συμμετοχής στο  
πλαίσιο της Πράξης**

**«ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΟΜΕΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΑΙΓΙΝΑΣ»**  
(υπ' αριθμ. 3107/04.10.2023 Απόφαση Ένταξης στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027», ΟΠΣ: 6002441)

**Αίγίνα, 05/12/2023**

**Ο Δικαιούχος Φορέας Παροχής Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών «ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ» (Φ.Π.Σ.Υ.Υ. «Ε.Π.Ε.Κ.Α.»)**

**Έχοντας υπόψη:**

1. Την με Κωδικό Α/Α ΟΠΣ 2348 και Αρ. Πρωτ. 2351/17.07.2023 Πρόσκληση της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ» της Περιφέρειας Αττικής για την υποβολή προτάσεων στο Πρόγραμμα «ΑΤΤΙΚΗ» με τίτλο «Συνεχιζόμενες δομές παροχής βασικών αγαθών», όπως ισχύει.
2. Τον από Μαΐου 2023 Επικαιροποιημένο Οδηγό Εφαρμογής και Λειτουργίας Δομών Παροχής Βασικών Αγαθών της Ειδικής Υπηρεσίας Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων ΕΚΤ (ΕΥΣΕΚΤ).
3. Την υπ' αριθμ. πρωτ. 3107/04.10.2023 Απόφαση Ένταξης της Πράξης με τίτλο «Συνεχιζόμενες Δομές: Κοινωνικό Παντοπωλείο, Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Αίγινας» και με κωδικό ΟΠΣ 6002441 στο Ε.Π. «Αττική 2021-2027».

**ΠΡΟΣΚΛΕΙ**

Τους ενδιαφερόμενους υποψήφιους **ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ**, που πληρούν τις σχετικές προϋποθέσεις, για την υποβολή αιτήσεων συμμετοχής στις **Συνεχιζόμενες** Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών της ανωτέρω Πράξης (Κοινωνικό Παντοπωλείο, Κοινωνικό Φαρμακείο), όπως περιγράφονται στη συνέχεια:

A/A	Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών	Ωφελούμενοι	Αριθμός Ωφελούμενων	Διάρκεια Υλοποίησης της Πράξης
1	<b>Κοινωνικό Παντοπωλείο:</b> Κατάστημα για διανομή τροφίμων και ειδών πρώτης ανάγκης σε ωφελούμενους	Άτομα/ Νοικοκυριά που διαμένουν στο Συμπράττοντα Δήμο (συμπεριλαμβανομένων των νόμιμα διαμενόντων πολιτών 3ων χωρών ή ανιθαγενών), τα οποία βάσει κριτηρίων και σχετικών αποδεικτικών στοιχείων, βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται από φτώχεια (ανασφάλιστα άτομα με πολύ χαμηλό ετήσιο εισόδημα, κλπ.) καθώς και οι δικαιούχοι/ αιτούντες διεθνούς προστασίας.	Τουλάχιστον 100 οικογένειες κάθε μήνα	01/10/2023 - 31/12/2025
2	<b>Κοινωνικό Φαρμακείο:</b> Παροχή δωρεάν φαρμάκων, υγειονομικού υλικού και λοιπών παραφαρμακευτικών προϊόντων σε ωφελούμενα άτομα.		Τουλάχιστον 100 ωφελούμενοι κάθε μήνα	

Στόχος της Πράξης είναι η αντιμετώπιση του φαινομένου της ακραίας φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω της υποστήριξης ομάδων του τοπικού πληθυσμού που πλήττονται ή απειλούνται από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

**Δικαίωμα Συμμετοχής στη Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών έχουν οι ενδιαφερόμενοι που πληρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις:**

- 1) Να είναι κάτοικοι στα όρια του Δήμου Παρέμβασης
- 2) Να ανήκουν στις Ομάδες Στόχου:
  - Ευρισκόμενοι σε κατάσταση φτώχειας/ Απειλούμενοι από φτώχεια (βάσει της οικονομικής τους κατάστασης – ετήσιο εισόδημα)
  - Δικαιούχοι / Αιτούντες διεθνούς προστασίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης





### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-ΕΙΣΟΔΗΜΑ (ΟΡΙΑ ΦΤΩΧΕΙΑΣ)**

- Κατώφλι φτώχειας ανά άτομο: **5.712,00,00€** ετησίως

- Κατώφλι φτώχειας ανά νοικοκυριό: βλ. τον κατωτέρω υπολογισμό

<b>Κατηγορίες ατόμων</b>	<b>Συντελεστής στάθμισης</b>
1ος ενήλικας	1 ( <b>5.712,00,00€</b> )
2ος ενήλικας	0,5 ( <b>2.856,00€</b> )
Μέλη/Παιδιά 14 ετών και άνω	0,5/ άτομο ( <b>2.856,00€/ άτομο</b> )
Μέλη/ Παιδιά 14 ετών και κάτω	0,3/ άτομο ( <b>1.713,50€/ άτομο</b> )

**Π.χ.** Το εισόδημα ενός νοικοκυριού με δύο ενήλικες και δύο παιδιά κάτω των 14 ετών θα πρέπει να ανέρχεται στο ποσό των: **(5.712,00€+2.856,00€+(2\*1.713,50€)=11.995,00€**

#### **Απαραίτητα Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

1. Αίτηση Συμμετοχής

2. Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας (διπλής όψευς) **ή** Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου & άδειας παραμονής σε ισχύ **ή** Φωτοαντίγραφο άδειας διαμονής (για Δικαιούχους/ Αιτούντες διεθνούς προστασίας) **ή** Φωτοαντίγραφο δελτίου Αιτούντος διεθνή προστασία (για Δικαιούχους/ Αιτούντες διεθνούς προστασίας) **ή** Φωτοαντίγραφο δελτίου αιτήσαντος άσυλο (για Δικαιούχους/ Αιτούντες διεθνούς προστασίας)

3. Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας

4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. **Επιπλέον, για προστατευόμενα τέκνα:**

**α) Για άγαμα ενήλικα τέκνα έως 25 ετών: i)** Πιστοποιητικό φοίτησης σε σχολές ή σχολεία ή ΙΕΚ ή ΚΕΚ ή βεβαίωση εγγραφής στο μητρώα ανέργων της ΔΥΠΑ ή βεβαίωση του αρμόδιου στρατολογικού γραφείου ότι υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία, **ii)** Εκτύπωση εκκαθαριστικού σημειώματος ή αντίγραφο αυτού. Στην περίπτωση που το τέκνο δεν υποβάλλει φορολογική δήλωση προσκομίζεται η εκτύπωση εκκαθαριστικού σημειώματος του υποψηφίου, από το οποίο να προκύπτει τυχόν προσωπικό ετήσιο εισόδημα του τέκνου.

**β) Για τα άγαμα ή διαζευγμένα ή σε χηρεία τέκνα, ανεξαρτήτως ηλικίας, με ποσοστό νοητικής ή σωματικής αναπηρίας τουλάχιστον 67%: i)** Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης του τέκνου (εφόσον είναι διαζευγμένο ή σε χηρεία), **ii)** Πιστοποιητικό από αρμόδιο φορέα με το οποίο να βεβαιώνεται το ακριβές ποσοστό αναπηρίας, **iii)** Εκτύπωση εκκαθαριστικού σημειώματος ή αντίγραφο αυτού και σε περίπτωση που στο εκκαθαριστικό σημείωμα δεν αναφέρονται ρητά τα επιδόματα που χορηγούνται λόγω αναπηρίας, οποιοδήποτε άλλη βεβαίωση αρμόδιας προς τούτο αρχής από την οποία να διαπιστώνεται το ποσό των πάσης φύσεως επιδομάτων αναπηρίας του τέκνου.

5. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος τελευταίου φορολογικού έτους

6. Βεβαίωση Δήμου περί ένταξης ή μη στο Πρόγραμμα ΤΕΒΑ (μόνο για την ένταξη στο Κοινωνικό Παντοπωλείο).

#### **Τόπος και χρόνος υποβολής των αιτήσεων συμμετοχής:**

Οι ενδιαφερόμενοι/ες υποψήφιοι/ες δύνανται να απευθύνονται στη Δομή του Κοινωνικού Παντοπωλείου από τις 06/12/2023 έως και τις 20/12/2023, ημέρες Δευτέρα - Παρασκευή και ώρες 09:30 π.μ.-14:00 μ.μ, κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού, προκειμένου να υποβάλλουν τις αιτήσεις συμμετοχής.

Για πρόσθετη ενημέρωση ή σχετικές πληροφορίες :

- Κοινωνικό Παντοπωλείο: Βασιλέως Γεωργίου 1, Τ.Κ. 180 10, τηλ: **22970-26982**, e-mail: [koinonikopantopoleioaegina@gmail.com](mailto:koinonikopantopoleioaegina@gmail.com)
- Κοινωνικό Φαρμακείο : Χρήστου Λαδά 1, Τ.Κ. 180 10, τηλ: **22970-28467**, e-mail: [koinonikofarmakeioaegina@gmail.com](mailto:koinonikofarmakeioaegina@gmail.com)



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

