

Ταχ. Διεύθυνση : Λ. Καλυβίων 2, Λαμία  
Ταχ. Κώδικας : 351 32  
Πληροφορίες : Γ. Γουργιώτης  
Τηλέφωνο : 2231354719  
Τηλεομοιότυπο : 2231354720  
Δ/νση ηλ. ταχ. : pta-ster@otenet.gr

Λαμία, 30 Μαρτίου 2020  
Αριθμ. Πρωτ.: 860

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**  
**ΠΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**για παροχή ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**  
**για τη λειτουργία «Γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης»**

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις του ν.4314/2014 (ΦΕΚ Α' 265) «Για τη διαχείριση, τον έλεγχο και την εφαρμογή αναπτυξιακών παρεμβάσεων για την προγραμματική περίοδο 2014–2020, Β) Ενσωμάτωση της Οδηγίας 2012/17 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 13ης Ιουνίου 2012 (ΕΕ L 156/16.6.2012) στο ελληνικό δίκαιο, τροποποίηση του ν. 3419/2005 (Α 297) και άλλες διατάξεις», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και ιδίως από τις διατάξεις του άρθρου 14 παρ. 5 του ν. 4403/2016 (ΦΕΚ 125/Α/2016),
2. Τις διατάξεις του ν.3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης» (ΦΕΚ 87/Α'/07.06.2010), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει,
3. Τις διατάξεις του ν.2218/1994 «Σύσταση, Σκοπός και Αρμοδιότητες του Περιφερειακού Ταμείου Ανάπτυξης» (ΦΕΚ 90/Α'/13.06.1994), όπως έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν,
4. Την υπ' αριθμ. 4150/10.11.2016 απόφαση του Περιφερειάρχη Στερεάς Ελλάδας με θέμα: ένταξη της πράξης «Δομή υποστήριξης δράσεων κοινωνικής ένταξης – ΓΕΦΥΡΑ» με Κωδικό ΟΠΣ 5001973 στο επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα 2014-2020» και

### Και επειδή:

Η πανδημία του κορωνοϊού έχει φέρει όλους τους ανθρώπους αντιμέτωπους με μια καινούργια πραγματικότητα και με βαθιές ανατροπές στην καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής τους. Αυτές οι ανατροπές είναι συνήθως εντονότερες για τους ασθενέστερα οικονομικά συνανθρώπους μας καθώς και για αυτούς που πέραν των άλλων αντιμετωπίζουν έντονη αβεβαιότητα για το εργασιακό τους μέλλον.

Οι μελέτες που πραγματοποιούνται αναφέρουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της καραντίνας τόσο πιθανότερο είναι να παρουσιαστούν συμπτώματα μετατραυματικό στρες.

Οι παράγοντες που κατά κύριο λόγο εντείνουν την πιθανότητα εμφάνισης στρες και άγχος κατά τη διάρκεια της καραντίνας, είναι:

- ✓ ο φόβος μόλυνσης από τον ιό τόσο για τους ίδιους όσο και για δικούς τους ανθρώπους,
- ✓ η απογοήτευση και η πλήξη από την κατάργηση της καθημερινής ρουτίνας,
- ✓ η έλλειψη εφοδίων
- ✓ οι ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με τις ενέργειες που πρέπει να αναληφθούν και τη διάρκεια της καραντίνας.
- ✓ η ξαφνική επαφή με τη μοναξιά
- ✓ η αγωνία για το τι συνέπειες θα υπάρξουν σχετικά με την εργασία τους

Ο εγκλεισμός στο σπίτι με το άγχος που τον συνοδεύει και λόγω όσων προαναφέρονται, έχει εντείνει σε πολλές οικογένειες τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις τόσο ανάμεσα στα ζευγάρια όσο και ανάμεσα σε γονείς και παιδιά καθώς για όλους έχει αλλάξει η καθημερινή ροή που συνήθιζαν να έχουν (εργασία, δραστηριότητες, σχολείο, φροντιστήρια κτλ).

Οι ειδικοί συμφωνούν ότι η εξασφάλιση επαρκών εφοδίων και η πρόσβαση σε ολοκληρωμένες, συνεχείς και αξιόπιστες πληροφορίες μειώνει την αγωνία και την αβεβαιότητα διότι βοηθάει στο να καταπραΰνθεί το συναίσθημα του φόβου.

Για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων από τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης και αποφυγής των κοινωνικών επαφών που έχουν επιβληθεί για την προστασία από την εξάπλωση του κορωνοϊού η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, με τη συνδρομή της Δομής ΓΕΦΥΡΑ του Περιφερειακού Ταμείου Ανάπτυξης Στερεάς Ελλάδας, δημιούργησε τηλεφωνική γραμμή ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης των κατοίκων της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας και

## ΑΠΕΥΘΥΝΕΙ

**Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος προς ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους-ψυχιάτρους) και πιστοποιημένους φορείς ψυχικής υγείας για την παροχή εθελοντικής εργασίας για τη λειτουργία της «Γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης».**

### 1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Με τη δημιουργία της τηλεφωνικής γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης προσδοκούμε να παρέχουμε συμβουλευτική υποστήριξη στους συμπολίτες που την επιζητούν

Επισημαίνεται ότι:

- Οι συνομιλίες θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές.
- Δε θα ζητείται κανένα άλλο προσωπικό στοιχείο πέρα από εκείνα που είναι απαραίτητα για την κατάλληλη υποστήριξη του καλούντα όπως: Όνομα (χωρίς επώνυμο αν ο καλών δεν επιθυμεί να το δώσει) Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Εργασιακή κατάσταση.
- Ο χειρισμός των θεμάτων θα διέπεται από σεβασμό στην προσωπικότητα και στα δικαιώματα του καλούντα.

### 2. ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ωφελούμενοι της υπηρεσίας είναι δυνητικά το σύνολο των κατοίκων της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας που θα απευθυνθούν στη γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης.

### 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Οι επαγγελματίες, που θα εκδηλώσουν ενδιαφέρον για την παροχή εθελοντικής εργασίας για τις ανάγκες λειτουργίας της γραμμής, θα παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης συνομιλώντας τηλεφωνικά, από το χώρο τους, με τους πολίτες της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας που θα καλούν τον αριθμό της γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης.

Για τη διασύνδεση με τη γραμμή ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης, μοναδική τεχνική απαίτηση, από την πλευρά των εθελοντών, είναι να διαθέτουν μια συσκευή κινητού τηλεφώνου τύπου “smartphone” και σύνδεση στο διαδίκτυο.

Η γραμμή ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης θα λειτουργεί Δευτέρα ως Κυριακή από 9:00πμ έως 9:00μμ.

Όταν κάποιος πολίτης θα επικοινωνεί με τη γραμμή ή κλήση του θα απαντάται από ένα στέλεχος της Δομής “ΓΕΦΥΡΑ” και θα ανακατευθύνεται προς τον πρώτο διαθέσιμο εθελοντή, στον αριθμό τηλεφώνου που αυτός θα έχει δηλώσει.

Κάθε εθελοντής μπορεί να παρέχει υπηρεσίες υποστήριξης καθημερινά από τις 9:00πμ έως 9:00μμ

Ο κάθε εθελοντής κατά την υποβολή της δήλωσης συμμετοχής θα δηλώσει, τις ώρες και τις ημέρες που επιθυμεί να συμμετάσχει εθελοντικά.

Η διάρκεια της παροχής εθελοντικής εργασίας ορίζεται σε τρεις (3) μήνες

#### 4. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

Κάθε εθελοντής οφείλει να διαθέτει “Άδεια άσκησης επαγγέλματος”.

#### 5. ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

##### i. Ιδιώτες επαγγελματίες:

Κάθε εθελοντής που επιθυμεί να συμμετάσχει στη δράση θα υποβάλει συμπληρωμένη την τυποποιημένη δήλωση παροχής εθελοντικής εργασίας (τύπου Α) που παραρτήματος Ι της παρούσης στο email της Δομής ΓΕΦΥΡΑ: [info@gefyra.com.gr](mailto:info@gefyra.com.gr)

Συνημμένα στην δήλωση υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή :

- ✧ Φωτοαντίγραφο ταυτότητας
- ✧ Άδεια άσκησης επαγγέλματος (ψυχολόγου - ψυχιάτρου)
- ✧ Υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με το υπόδειγμα του παραρτήματος ΙΙ
- ✧ Βιογραφικό σημείωμα (προαιρετικό)

##### ii. Φορείς ψυχικής υγείας

Κάθε φορέας ψυχικής υγείας που επιθυμεί να συμμετάσχει στη δράση θα υποβάλει συμπληρωμένη την τυποποιημένη δήλωση συμμετοχής (τύπου Β) του παραρτήματος Ι της παρούσης στο email της Δομής ΓΕΦΥΡΑ: [info@gefyra.com.gr](mailto:info@gefyra.com.gr)

Συνημμένα στην δήλωση υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή :

- ✧ Καταστατικό
- ✧ Άδεια λειτουργίας
- ✧ Βεβαίωση ειδικού μητρώου φορέων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- ✧ Βεβαίωση ειδικού μητρώου εθελοντικών μη κυβερνητικών οργανώσεων

Αντίγραφο σε ψηφιακή μορφή της τυποποιημένης δήλωσης παροχής εθελοντικής εργασίας και της τυποποιημένης υπεύθυνης δήλωσης είναι αναρτημένα στην ιστοσελίδα της δομής “ΓΕΦΥΡΑ” : <http://www.gefyra.com.gr/>

## 6. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Πληροφορίες παρέχονται από τα στελέχη της Δομής ΓΕΦΥΡΑ:

- i. με επικοινωνία στο email της Δομής ΓΕΦΥΡΑ: [info@gefyra.com.gr](mailto:info@gefyra.com.gr)
- ii. με τηλεφωνική επικοινωνία (Δευτέρα ως Παρασκευή 8:00πμ έως 4:00μμ) στους ακόλουθους αριθμούς τηλεφώνου: 2231028725 και 2221353933

**Ο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**& ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΔΣ ΤΟΥ ΠΤΑ**

**ΦΑΝΗΣ Χ. ΣΠΑΝΟΣ**

### **Συνημμένα:**

Παράρτημα Ι :

- Υπόδειγμα δήλωσης παροχής εθελοντικής εργασίας (τύπου Α)
- Υπόδειγμα δήλωσης συμμετοχής για Φορείς ψυχικής υγείας (τύπου Β)

Παράρτημα ΙΙ - Υπόδειγμα υπεύθυνης δήλωσης

### **Εσωτερική Διανομή:**

- 1) Χρονολογικό αρχείο
- 2) Φ. Δράσης

**Παράρτημα Ι - Υπόδειγμα δήλωσης παροχής εθελοντικής εργασίας (τύπου Α)**

**Δήλωση παροχής εθελοντικής εργασίας (τύπου Α) για τη λειτουργία  
“Γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης”**

Όνοματεπώνυμο

Σπουδές

Επαγγελματική Εμπειρία

Τηλέφωνο Επικοινωνίας

Κινητό

e-mail

Έχω προηγούμενη εθελοντική εμπειρία

Ναι

Όχι

Σημειώστε ημέρες και ώρες που μπορείτε να προσφέρετε εθελοντικά:

Παρατηρήσεις

Ημερομηνία .....

**Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**Παράρτημα Ι - Υπόδειγμα δήλωσης συμμετοχής για Φορείς ψυχικής υγείας (τύπου Β)  
Δήλωση συμμετοχής φορέα ψυχικής υγείας (τύπου Β) για τη  
λειτουργία “Γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης”**

Επωνυμία Φορέα

Όνοματεπώνυμο Νομίμου  
Εκπροσώπου

Διεύθυνση (Οδός, Πόλη, ΤΚ)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας

e-mail


Παρατηρήσεις

Ημερομηνία .....

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

**Παράρτημα II - Υπόδειγμα υπεύθυνης δήλωσης**

 <b>ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b> <small>(Άρθρο 8 Ν.1599/1986)</small>									
Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)									
<b>ΠΡΟΣ<sup>(1)</sup>:</b>		<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</b>							
<b>Ο - Η Όνομα:</b>					<b>Επώνυμο:</b>				
<b>Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:</b>									
<b>Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:</b>									
<b>Ημερομηνία γέννησης<sup>(2)</sup>:</b>									
<b>Τόπος Γέννησης:</b>									
<b>Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:</b>				<b>Τηλ:</b>					
<b>Τόπος Κατοικίας:</b>		<b>Οδός:</b>		<b>Αριθ:</b>		<b>ΤΚ:</b>			
<b>Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):</b>				<b>Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):</b>					
<p>Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαθέτω άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ως ιδιώτης επαγγελματίας ψυχικής υγείας (ψυχολόγος ή ψυχίατρος) εν ισχύ.</li> <li>• Όλα τα στοιχεία που αναγράφονται στη δήλωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την παροχή εθελοντικής εργασίας για τη λειτουργία της γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης είναι αληθή.</li> <li>• Τα υποβαλλόμενα φωτοαντίγραφα αποτελούν γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων.</li> <li>• Οι συνομιλίες θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές.</li> <li>• Δε θα ζητείται κανένα άλλο προσωπικό στοιχείο πέρα από εκείνα που είναι απαραίτητα για την κατάλληλη υποστήριξη του καλούντα όπως: Όνομα (χωρίς επώνυμο αν ο καλούντας δεν επιθυμεί να το δώσει), Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Εργασιακή κατάσταση.</li> <li>• Ο χειρισμός των θεμάτων θα διέπεται από σεβασμό στην προσωπικότητα και στα δικαιώματα του καλούντα.</li> <li>• Οι πληροφορίες που θα δίνω είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και έγκυρες σχετικά με το θέμα Ψυχικής Υγείας που φέρνει το άτομο.</li> <li>• Όταν κρίνεται απαραίτητο, θα ενημερώνω για τις διαθέσιμες δημόσιες υπηρεσίες που βρίσκονται στην περιοχή διαμονής του ενδιαφερόμενου και θα τον παραπέμπω σ' αυτές.</li> <li>• Έλαβα γνώση των όρων της εν λόγω πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την παροχή εθελοντικής εργασίας και τους αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφυλάκτως.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Ημερομηνία: ..../../20...</b> <b>Ο - Η Δηλών/ούσα</b></p> <p style="text-align: right;"><b>(Υπογραφή)</b></p> <p>(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.                  (2) Αναγράφεται ολογράφως.                  (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.                  (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.</p>									