|  |  |
| --- | --- |
|  | **"ΑΝΑΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΟΡΘΟ" ως προς τα υποδείγματα 26.08.2020****ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ** |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ** | **ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ**Ευρωπαϊκό Ταμείο** **Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης** |
| **ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ****ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΕΣΠΑ****ΤΟΜΕΑ ΠΑΙΔΕΙΑΣ****ΜΟΝΑΔΕΣ Β1, Β3****----** |  **Μαρούσι, 25/08/2020** **Αρ. πρωτ.: 3004** |
| Ταχ. Δ/νση | **:** | Α. Παπανδρέου 37  | **ΠΡΟΣ.:** 1. **Περιφερειακές Διευθύνσεις ΠΕ και ΔΕ της χώρας**
2. **Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της χώρας**
3. **Διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της χώραs**
4. **Σιβιτανίδειο Δημόσια Σχολή Τεχνών και Επαγγελμάτων**

**Κοινοποίηση:** 1. **Διευθυντές των Σχολικών Μονάδων ΠΕ (μέσω των ΔΠΕ)**
2. **Διευθυντές των Σχολικών Μονάδων ΔΕ (μέσω των ΔΔΕ)**
 |
| Τ.Κ. - Πόλη | **:** | 151 80 - Μαρούσι |
| Ιστοσελίδα | **:** | [**http://www.epiteliki.minedu.gov.gr**](http://www.epiteliki.minedu.gov.gr) |
| Πληροφορίες | **:** | Ν. ΚοκόληςΣοφία Ντίντα |
| Τηλέφωνα | **:** | 210 344.3329210 344.2129 |
| Email | **:** | nkokolis@minedu.gov.gr**sntinta@minedu.gov.gr** |
| Fax | **:** | 210 344 2799 |

**ΘΕΜΑ: Νέο Υπόδειγμα 3 *«Δελτίο Απογραφής Αναπληρωτή»* των Οδηγών υλοποίησης και Εφαρμογής Φυσικού Αντικειμένου και Διαχείρισης Οικονομικού Αντικειμένου των Πράξεων ΕΣΠΑ 2014-2020, για το σχολικό έτος 2020-2021**

Σας γνωρίζουμε ότι το **Υπόδειγμα 3 *«Ατομικά Στοιχεία Αναπληρωτή …..»*** των Οδηγών υλοποίησης και Εφαρμογής Φυσικού Αντικειμένου και Διαχείρισης Οικονομικού Αντικειμένου, των Πράξεων ΕΣΠΑ 2014-2020, που εκδόθηκαν για το σχολικό έτος 2020-2021, **αντικαθίσταται** από νέο Υπόδειγμα ***«Δελτίο Απογραφής Αναπληρωτή».***

Το νέο Υπόδειγμα επισυνάπτεται **ανά Πράξη** στο παρόν και περιλαμβάνει τα απαιτούμενα στοιχεία για την συμπλήρωση του Εντύπου Αναγγελίας Πρόσληψης των αναπληρωτών στο Πληροφοριακό Σύστημα ΕΡΓΑΝΗ.

Το παρόν αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των Οδηγών υλοποίησης και Εφαρμογής Φυσικού Αντικειμένου και Διαχείρισης Οικονομικού Αντικειμένου των Πράξεων του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας Πράξεων**

| **Α/Α** | **ΚΩΔΙΚΟΣ ΟΠΣ** | **ΠΡΑΞΗ** | **ΑΔΑ ΟΔΗΓΟΥ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **5069633** | **«Πρόγραμμα μέτρων εξατομικευμένης υποστήριξης μαθητών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069633** στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020». | **Ψ75Ο46ΜΤΛΗ-ΡΞΗ** |
| **2** | **5069645** | **«Πρόγραμμα εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069645**στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020». | **62Μ746ΜΤΛΗ-ΙΣΣ** |
| **3** | **5069864** | **«Ένταξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (ΕΚΟ) στα σχολεία-Τάξεις Υποδοχής, σχολικό έτος 2020-2021», με κωδικό ΟΠΣ 5069864**στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020». | **ΨΙΘΔ46ΜΤΛΗ-Ν7Ξ** |
| **4** | **5069632** | **ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069632** στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020». | **6ΡΦΡ46ΜΤΛΗ-ΦΒΟ** |
| **19** | **-** | **«ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ ΚΑΙ ΩΡΟΜΙΣΘΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΕΕΠ-ΕΒΠ) ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΑΡ. 47 ΤΟΥ Ν. 4692/2020 (Α ́111), Π.Κ. 2014ΣΕ04700000», Σχολικό Έτος 2020-2021. Π.Δ.Ε** | **9ΕΡΘ46ΜΤΛΗ-ΖΞΜ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Με εντολή Υπουργού****Ο Προϊστάμενος της ΕΔ ΕΣΠΑ Παιδείας****Κωνσταντίνος Δ. Βαλιάντζας** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Συνημμένα**

Νέο Υπόδειγμα 3 *«Υπεύθυνη Δήλωση Αναπληρωτών για την υπαγωγή τους στην Απογραφή Μισθοδοσίας – Εργάνη» ανά Πράξη*

**Εσωτερική Διανομή:**

1. Γραφείο Προϊσταμένου της ΕΔ ΕΣΠΑ
2. Μονάδες Β1, Β3

**1η Πράξη: «Πρόγραμμα μέτρων εξατομικευμένης υποστήριξης μαθητών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069633**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:**  | **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** |
| **Όνομα:** | **Ονοματεπώνυμο μητέρας** |
| **Α.Φ.Μ**: | **Ημ/νία Γέννησης** (πλήρης): **/ /** |
| **Α.Δ.Τ.:** | **Α.Μ.Κ.Α** |
| **Φύλο: Άνδρας Γυναίκα** | **Σχολείο/α:** |
| **Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):** |
| **Πόλη:** | **Τ.Κ. :** |
| **Δήμος:** | **Περιφερειακή Ενότητα (νομός):** |
| **Κινητό:** | **Σταθερό:** |
| **Ηλεκτρονική Δνση (email):** |
| **Οικ. Κατάσταση**: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. **Κλάδος**  **Ειδικότητα** (Κυκλώστε το σωστό) |
| Αριθμός παιδιών………. | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ** (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)  |
| 1ο ΠΑΙΔΙ | 2 ο ΠΑΙΔΙ | 3ο ΠΑΙΔΙ | 4ο ΠΑΙΔΙ | 5ο ΠΑΙΔΙ |
|  |  |  |  |  |
| **Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: ……..** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Μ. ΕΦΚΑ/ΙΚΑ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:****Εθνικής** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | ΝΑΙ/ΟΧΙ | Υποκατάστημα ΟΑΕΔ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας |  |  |
| Είμαι συνταξιούχος |  | Άλλο: |
| * Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται βεβαίωση φοίτησης.
* Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:
 |
| ΤΑΜΕΙΟ | ΝΑΙ | Αρ. ΜητρώουΚλαδικού Ταμείου | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος(προ του 1993 ή μετά) | Με 5/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  |  |

  **/ / 2020**

***ΩΡΕΣ την Εβδομάδα* Ημερομηνία Πρόσληψης**

 **Ημερομηνία Απόλυσης**

 **30 / 06 / 2021**

|  |  |
| --- | --- |
|  | …../……/……..Η δηλούσα / O δηλών |

**2η Πράξη: «Πρόγραμμα εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069645**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:**  | **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** |
| **Όνομα:** | **Ονοματεπώνυμο μητέρας** |
| **Α.Φ.Μ**: | **Ημ/νία Γέννησης** (πλήρης): **/ /** |
| **Α.Δ.Τ.:** | **Α.Μ.Κ.Α** |
| **Φύλο: Άνδρας Γυναίκα** | **Σχολείο/α:** |
| **Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):** |
| **Πόλη:** | **Τ.Κ. :** |
| **Δήμος:** | **Περιφερειακή Ενότητα (νομός):** |
| **Κινητό:** | **Σταθερό:** |
| **Ηλεκτρονική Δνση (email):** |
| **Οικ. Κατάσταση**: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. **Κλάδος**  **Ειδικότητα** (Κυκλώστε το σωστό) |
| Αριθμός παιδιών………. | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ** (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)  |
| 1ο ΠΑΙΔΙ | 2 ο ΠΑΙΔΙ | 3ο ΠΑΙΔΙ | 4ο ΠΑΙΔΙ | 5ο ΠΑΙΔΙ |
|  |  |  |  |  |
| **Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: ……..** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Μ. ΕΦΚΑ/ΙΚΑ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:****Εθνικής** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | ΝΑΙ/ΟΧΙ | Υποκατάστημα ΟΑΕΔ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας |  |  |
| **Είμαι συνταξιούχος** |  | **Άλλο:** |
| * Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται βεβαίωση φοίτησης.
* Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:
 |
| ΤΑΜΕΙΟ | ΝΑΙ | Αρ. ΜητρώουΚλαδικού Ταμείου | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος(προ του 1993 ή μετά) | Με 5/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  |  |

  **/ / 2020**

***ΩΡΕΣ την Εβδομάδα* Ημερομηνία Πρόσληψης**

 **Ημερομηνία Απόλυσης**

 **30 / 06 / 2021**

|  |  |
| --- | --- |
|  | …../……/……..Η δηλούσα / O δηλών |

**4η Πράξη: ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069632**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:**  | **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** |
| **Όνομα:** | **Ονοματεπώνυμο μητέρας** |
| **Α.Φ.Μ**: | **Ημ/νία Γέννησης** (πλήρης): **/ /** |
| **Α.Δ.Τ.:** | **Α.Μ.Κ.Α** |
| **Φύλο: Άνδρας Γυναίκα** | **Σχολείο/α:** |
| **Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):** |
| **Πόλη:** | **Τ.Κ. :** |
| **Δήμος:** | **Περιφερειακή Ενότητα (νομός):** |
| **Κινητό:** | **Σταθερό:** |
| **Ηλεκτρονική Δνση (email):** |
| **Οικ. Κατάσταση**: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. **Κλάδος**   **Ειδικότητα** (Κυκλώστε το σωστό) |
| Αριθμός παιδιών………. | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ** (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)  |
| 1ο ΠΑΙΔΙ | 2 ο ΠΑΙΔΙ | 3ο ΠΑΙΔΙ | 4ο ΠΑΙΔΙ | 5ο ΠΑΙΔΙ |
|  |  |  |  |  |
| **Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: ……..** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Μ. ΕΦΚΑ/ΙΚΑ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:****Εθνικής** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | ΝΑΙ/ΟΧΙ | Υποκατάστημα ΟΑΕΔ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας |  |  |
| **Είμαι συνταξιούχος** |  | **Άλλο:** |
| * Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται βεβαίωση φοίτησης.
* Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:
 |
| ΤΑΜΕΙΟ | ΝΑΙ | Αρ. ΜητρώουΚλαδικού Ταμείου | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος(προ του 1993 ή μετά) | Με 5/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  |  |

  **/ / 2020**

***ΩΡΕΣ την Εβδομάδα* Ημερομηνία Πρόσληψης**

 **Ημερομηνία Απόλυσης**

 **30 / 06 / 2021**

|  |  |
| --- | --- |
|  | …../……/……..Η δηλούσα / O δηλών |