

## Πρόγραμμα Κοινωνικής Στήριξης Ατόμων με Αναπηρίες και Ατόμων που εμπίπτουν σε Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες

### 1. Σκοπός

Ο Επαρχιακός Οργανισμός Αυτοδιοίκησης Λάρνακας (ΕΟΑΛ) θεσπίζει Πρόγραμμα Κοινωνικής Στήριξης Ατόμων με Αναπηρίες και Ατόμων που εμπίπτουν σε Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες. Η παρούσα διαδικασία καθορίζει τον τρόπο επιλογής, τοποθέτησης και απασχόλησης ατόμων με αναπηρίες και ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, στο πλαίσιο της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης του Επαρχιακού Οργανισμού Αυτοδιοίκησης Λάρνακας (εφεξής ο «**Οργανισμός**»), με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής στήριξης και την παροχή ίσων ευκαιριών ένταξης στην αγορά εργασίας.

### 2. Πεδίο Εφαρμογής

Δικαίωμα συμμετοχής στο Πρόγραμμα έχουν άτομα που:

- ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ή αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες κοινωνικές ή οικονομικές συνθήκες και
- λαμβάνουν κοινωνικές παροχές ή επιδόματα από το κράτος.

Η συμμετοχή στο Πρόγραμμα αφορά την υποστήριξη βοηθητικών ή δευτερευουσών λειτουργικών αναγκών του Οργανισμού.

### 3. Μορφή Συμμετοχής στο Πρόγραμμα

Η συμμετοχή στο παρόν πρόγραμμα:

- έχει καθαρά κοινωνικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα
- δεν συνιστά σχέση εργοδότησης, σύμβαση εργασίας ή παροχή υπηρεσιών
- δεν δημιουργεί οποιαδήποτε δικαιώματα

δεν δημιουργεί δικαίωμα μονιμοποίησης, πρόσληψης ή προτεραιότητας για μελλοντική εργοδότηση στον Οργανισμό. Στο πλαίσιο της συμμετοχής στο πρόγραμμα δύναται να καταβάλλεται επίδομα συμμετοχής ύψους €450 (τετρακοσίων πενήντα ευρώ) μηνιαίως, σύμφωνα με τη σχετική απόφαση του Συμβουλίου του Οργανισμού (Συνεδρία Επιτροπής Προσωπικού αρ. 13/2025, ημερ. 15/12/2025, η οποία εγκρίθηκε από την Ολομέλεια του Συμβουλίου πρ. αρ. 3/2026, ημερ. 26/01/2026).

Το επίδομα αυτό έχει καθαρά υποστηρικτικό χαρακτήρα και δεν αποτελεί μισθό, αμοιβή ή αντάλλαγμα για εργασία.

### 4. Υποβολή Αίτησης

Η αίτηση υποβάλλεται από το ενδιαφερόμενο άτομο στο γραφείο Ανθρώπινου Δυναμικού του Οργανισμού στη διεύθυνση: **Αδαμάντιου Κοραή 12, 6010 Λάρνακα (ισόγειο).**

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα:

- Συμπληρωμένο έντυπο αίτησης
- Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας
- Βεβαίωση λήψης επιδόματος από το Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Βιογραφικό Σημείωμα – Προσόντα αιτητή

## **5. Αξιολόγηση Αίτησης**

Οι αιτήσεις που υποβάλλονται στον Οργανισμό, αξιολογούνται από τριμελή επιτροπή, η οποία αποτελείται από:

- τον Γενικό Διευθυντή ή εκπρόσωπο του
- τον Προϊστάμενο του Τομέα Διοικητικής Υποστήριξης και
- Υπάλληλο του Τμήματος Ανθρώπινου Δυναμικού

Η εν λόγω επιτροπή είναι αρμόδια να εξετάσει:

- τις κοινωνικές συνθήκες του αιτητή
- τις δυνατότητες και δεξιότητες του, και
- τη δυνατότητα ένταξης και τοποθέτησης του σε θέση αναλόγως των λειτουργικών αναγκών του Οργανισμού.

## **6. Τοποθέτηση**

Η τοποθέτηση πραγματοποιείται:

- σε τμήματα όπου υπάρχουν βοηθητικές λειτουργικές ανάγκες
- με βάση τις δυνατότητες και τις δεξιότητες του ατόμου
- με τρόπο που να μην επηρεάζει την εύρυθμη λειτουργία του Οργανισμού.

## **7. Διάρκεια Συμμετοχής στο Πρόγραμμα**

Η συμμετοχή στο Πρόγραμμα μπορεί να έχει ορισμένη χρονική διάρκεια, με δικαίωμα ανανέωσης κατόπιν αξιολόγησης από τη Διοίκηση του Οργανισμού, χωρίς να δημιουργείται οποιοδήποτε δικαίωμα συνέχισης ή ανανέωσης.

## **8. Παρακολούθηση**

Ο υπεύθυνος του τμήματος στον οποίο θα τοποθετείται το άτομο οφείλει να:

- παρακολουθεί την εργασία και την προσαρμογή του ατόμου
- ενημερώνει τη Διοίκηση σε περίπτωση προβλημάτων
- επιβεβαιώνει την παρουσία του ατόμου υπογράφοντας το σχετικό έντυπο παρουσίας.

## 9. Τερματισμός Συμμετοχής στο Πρόγραμμα

Ο Οργανισμός δύναται να τερματίσει τη συμμετοχή του ατόμου στο πρόγραμμα οποτεδήποτε, χωρίς υποχρέωση καταβολής οποιασδήποτε αποζημίωσης.

- Η συμμετοχή στο πρόγραμμα μπορεί να τερματιστεί στις ακόλουθες περιπτώσεις: με τη λήξη της συμφωνημένης περιόδου συμμετοχής, ή
- σε περίπτωση ακαταλληλότητας ή μη συμμόρφωσης του ατόμου με τις πολιτικές, τους Κανονισμούς, τις Εγκυκλίους του Οργανισμού, ή
- λόγω ανάρμοστης συμπεριφοράς ή διατάραξης της εύρυθμης λειτουργίας του Οργανισμού, η οποία θα πρέπει να αναφέρεται από τον υπεύθυνο του τμήματος στη Διοίκηση για να αποφασίζει σχετικά.

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ  
ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ / ΠΟΥ ΕΜΠΙΠΤΟΥΝ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**

**A. Προσωπικά Στοιχεία**

Όνοματεπώνυμο: .....  
Αριθμός Ταυτότητας: .....  
Ημερομηνία Γέννησης:.....  
Διεύθυνση:.....  
Τηλέφωνο:.....  
Email:.....

**B. Κοινωνική Κατάσταση**

Λαμβάνετε κοινωνικό επίδομα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρετε το είδος του επιδόματος:.....

Σύντομη περιγραφή της κοινωνικής κατάστασης:.....

\*Παρακαλώ όπως προσκομίσετε Πιστοποιητικό Αναπηρίας από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες.

**Γ. Εμπειρία / Δεξιότητες\***

Προηγούμενη εργασιακή εμπειρία (εάν υπάρχει):.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Δεξιότητες / Ικανότητες / Προσόντα που θεωρείτε χρήσιμα για σκοπούς τοποθέτησής σας:  
.....  
.....

\* Παρακαλώ όπως επισυναφθεί βιογραφικό σημείωμα

#### **Δ. Υπεύθυνη Δήλωση**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στη παρούσα αίτηση είναι αληθείς και ορθές .

Δηλώνω επίσης ότι έχω λάβει γνώση, κατανοώ και αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής στο Πρόγραμμα Κοινωνικής Στήριξης του Επαρχιακού Οργανισμού Αυτοδιοίκησης Λάρνακας (ΕΟΑΛ).

Κατανοώ ότι η συμμετοχή στο Πρόγραμμα έχει κοινωνικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα και δεν δημιουργεί σχέση εργοδότησης, σύμβαση εργασίας ή οποιαδήποτε δικαιώματα που απορρέουν από την εργατική νομοθεσία.

#### **Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα**

Με την υποβολή της παρούσας αίτησης παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στον Επαρχιακό Οργανισμό Αυτοδιοίκησης Λάρνακας (ΕΟΑΛ) για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα μου, συμπεριλαμβανομένων δεδομένων που αφορούν την κοινωνική μου κατάσταση και/ή δεδομένων υγείας (όπου εφαρμόζεται), αποκλειστικά για σκοπούς αξιολόγησης της αίτησης μου και συμμετοχής στο πρόγραμμα κοινωνικής στήριξης, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την ισχύουσα νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς αξιολόγησης της αίτησης και πρόσβαση σε αυτά θα έχουν μόνο τα εξουσιοδοτημένα μέλη της αρμόδιας επιτροπής του Οργανισμού.

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία: .....

## ΕΝΤΥΠΟ 2

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ / ΠΟΥ ΕΜΠΙΠΤΟΥΝ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Όνοματεπώνυμο αιτητή: .....

Ημερομηνία αξιολόγησης:.....

#### Κριτήρια αξιολόγησης:

Κοινωνικές συνθήκες: .....

Δεξιότητες .....

Δυνατότητα ένταξης .....

Προτεινόμενο Τμήμα απασχόλησης .....

Περίοδος Απασχόλησης .....

#### Τελική εισήγηση:

Έγκριση

Μη έγκριση

#### Μέλη Επιτροπής:

1. Όνοματεπώνυμο: .....  
Υπογραφή:.....

2. Όνοματεπώνυμο: .....  
Υπογραφή:.....

3. Όνοματεπώνυμο: .....  
Υπογραφή:.....

## ΕΝΤΥΠΟ 3

### ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Όνοματεπώνυμο:.....

Τμήμα τοποθέτησης: .....

Υπεύθυνος τμήματος: .....

Ημερομηνία έναρξης:.....

Ημερομηνία λήξης:.....

Αμοιβή: **€450 μηνιαίως**

Ώρες απασχόλησης: .....

Καθήκοντα: .....

Υπογραφή ατόμου: .....

Υπογραφή υπεύθυνου τμήματος: .....

Υπογραφή Διοίκησης: .....

